

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 238

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

GUSTAVE JACOB

Interne des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

Traitement du Prolapsus génital des Femmes âgées

PAR LA

Colpectomie totale, Conservatrice de l'Utérus

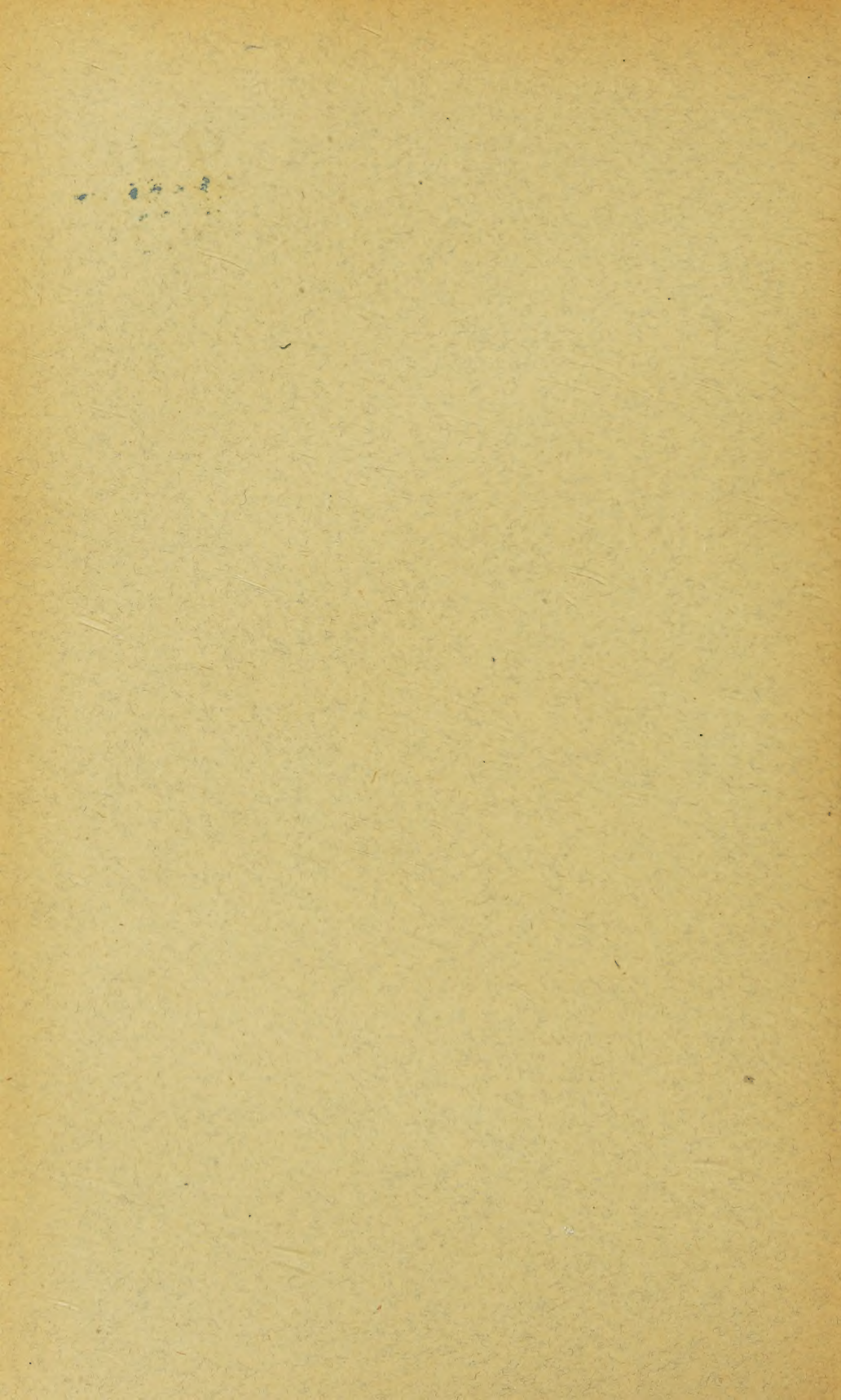
Président de Thèse : M. le Professeur HARTMANN

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois,

1921



238

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

GUSTAVE JACOB

Interne des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

Traitement du Prolapsus génital des Femmes âgées

PAR LA

Colpectomie totale, Conservatrice de l'Utérus

Président de Thèse : M. le Professeur HARTMANN



PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois,

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie descriptive	MM. NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Histologie	PRENANT.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Chimie	DESGREZ.
Physique	André BROCA.
Parasitologie	BRUMPT.
Bactériologie	BESANÇON.
Physiologie	RICHET.
Pathologie expérimentale	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe	ECÈNE
Pathologie interne	RÉNON.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Opérations et appareils	Pierre DUVAL.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine	MÉNÉTRIER.
Cliniques médicales	} Hôtel-Dieu Beaujon Cochin Saint-Antoine
Clinique thérapeutique de la Pitié	GILBERT.
Clinique chirurgicale	} Hôtel-Dieu Saint-Antoine Cochin Salpêtrière Tarnier Baudelocque Pitié
Clinique obstétricale	CHAUFFARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	WIDAL.
— des maladies infectieuses	ACHARD.
— des maladies nerveuses	VAQUEZ.
— des maladies mentales	HARTMANN.
— infantile médicale	LEJARS.
— d'hygiène de la première enfance	DELBET.
— infantile chirurgicale	GOSSET.
— des voies urinaires	BAR.
— gynécologique	COUVELAIRE
— ophtalmologique	BRINDEAU.
— oto-rhino-laryngologique	JEANSELME.
Physiologie appliquée à l'éducation physique	TEISSIER.
Stomatologie	P. MARIE.
	DUPRÉ.
	NOBÉCOURT.
	MARFAN.
	Auguste BROCA.
	LEGUEU.
	FAURE.
	DE LAPPERSONNE.
	SEBILLEAU.
	LANGLOIS, agrégé.
	FREY.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTI.	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDUIN.	GOUGEROT.	LEREBOUILLET.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	KOUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GRÉGOIRE.	LEVY-JOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	JEANNIN.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.		OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
ETIENNE SALVAN.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR GUSTAVE JACOB.

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ

ET TRÈS REGRETTÉ MAITRE

LE PROFESSEUR SAMUEL POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté,
chirurgien de l'hôpital Broca,
Vice-Président de l'Académie de Médecine.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR MAURICE SAVARIAUD,

chirurgien de l'hôpital Beaujon.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR H. HARTMANN,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
Membre de l'Académie de Médecine.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Bénévolat, stage, externat bénévole :

Le Docteur LENOIR.
Le Docteur JALAGUIER.
Le Professeur GEORGE DIEULAFOY.
Le Professeur agrégé RICARD.
Le Docteur SIREDEY.

Externat :

Le Professeur PIERRE DUVAL.
Le Professeur agrégé MATHIEU.
Le Docteur LACOMBE.
Le Docteur FAISANS.
Le Docteur SAINTON.

Internat :

Le Professeur VAQUEZ.
Le Professeur POZZI.
Le Professeur agrégé DÉMELIN.
Le Docteur SAVARIAUD.
A MM. les Docteurs SAUVÉ, TOUPET.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La Précision du diagnostic et l'opportunité de l'Indication thérapeutique sont en gynécologie la règle dominante ; elles sont la base d'un traitement rationnel et exactement dirigé ; elles sont la garantie du succès.

Professeur FORGUE.

CONTRIBUTION

à l'Étude du Traitement du Prolapsus génital des Femmes âgées

par la Colpectomie totale, conservatrice de l'Utérus

INTRODUCTION

Le but de ce travail est de contribuer à faire connaître un procédé de traitement opératoire du prolapsus génital des femmes âgées. Il s'agit de la colpectomie totale, avec occlusion du vagin au dessus de la vulve, complétée ou non par la fermeture en bas du périnée.

Cette opération réservée aux personnes âgées, ayant depuis longtemps franchi la ménopause, a été décrite pour la première fois par le Professeur Müller, de Berne, en 1896; elle a été pratiquée, exposée et soutenue par ses élèves Wormser Bielhy et König, adoptée par plusieurs gynécologues étrangers tel que Freund, Bumm, Von Erlach et Jentzer qui a inspiré la thèse de Vera Krukowa.

Notre maître, le docteur Maurice Savariáud, est le premier à l'avoir exécutée en France en 1906, où il communiqua à la Société anatomique de Paris le résultat de sa première intervention. L'oc-

casion lui a par la suite été donnée de la pratiquer plusieurs fois, et séduit personnellement tant par la simplicité et la sécurité de la technique que par la constance des résultats, je lui ai demandé de m'autoriser à étudier particulièrement ce sujet avec lui pour en faire l'objet de ma thèse inaugurale. Je tiens à l'en remercier ici tout spécialement; sans la direction de ses conseils et de son expérience, sans le secours des facilités de travail qu'il m'a si largement données dans son service, il ne m'eût jamais été possible de mener à bien cette étude. Toute entière inspirée par son enseignement quotidien, elle prétend refléter uniquement ses idées; si elles sont devenues les miennes et s'il m'est aujourd'hui permis de pouvoir les exposer c'est à lui que je le dois, c'est à la collaboration constante qu'il me fait l'insigne honneur d'accepter de moi depuis plus de deux ans.

Nous estimons donc utile de tacher de répandre davantage auprès des médecins français la connaissance de cette opération, appelée, croyons-nous, à rendre de très réels services; à condition, bien entendu, qu'elle réponde chaque fois à des indications rigoureusement précisées. C'est qu'elle nous a paru sans conteste le plus sûr et le plus simple parmi les innombrables procédés thérapeutiques proposés; cependant elle est peu connue : de nos traités classiques, même les plus récents,

tant de Gynécologie que de Technique opératoire, seuls en font mention celui du Professeur Hartmann, celui de Proust, la dernière édition de celui de Labadie-Lagrave et Legueu. Elle a pourtant fait l'objet, en 1910, de la thèse de Gaston : mais il n'ajoutait aux deux premières observations déjà publiées de Savariaud qu'une observation inédite; depuis elles se sont multipliées, la technique s'est précisée, l'adoption de la rachi-anesthésie est venue accroître le champ de ses possibilités.

L'opération de Müller, dans l'esprit de son auteur, est indiquée seulement dans les cas de prolapsus vagino-utérin complet, avec déroulement total du vagin, réductible, chez les femmes qui ne sont plus réglées et ont renoncé aux relations sexuelles. Elle est par contre formellement contre-indiquée chez celles qui présentent encore quelque écoulement sanguin, ou qui seraient atteintes de métrite purulente tenace, ou qui, malgré leur âge, voudraient encore conserver la possibilité du coït avec pénétration. Sur ce dernier point, nous le verrons, nous nous séparons de l'opinion de Müller, car dans presque tous les cas les opérées ont pu conserver un rudiment de vagin suffisant pour permettre le coït. L'intervention a pour but essentiel de remplacer la quasi-totalité de la cavité vaginale par une colonne cicatricielle qui supportera l'utérus et l'empêchera de descendre, grâce à la

résection quasi-totale de la muqueuse du vagin, suivie de columnisation de la surface cruentée et d'une suture de la collerette vaginale restante. Quant à l'utérus on se contente de le refouler : il s'atrophie par la suite. Il est toutefois utile de pratiquer d'abord l'amputation de son col, chaque fois qu'il est hypertrophique, ce qui nous paraît d'ailleurs assez rare malgré l'opinion classique.

Mais jamais, et c'est là le point capital, le péritoine n'est ouvert pour réaliser l'hystérectomie qui ne nous paraît répondre qu'à des indications très limitées. Quels que soient les compléments ou les modifications qu'on y apporte, cette opération doit toujours être plastique et jamais mutilante : c'est là tout le secret de son innocuité absolue. La description de sa technique va, nous l'espérons, en montrer la facilité; les Observations que nous donnons nous semblent déjà constituer un ensemble capable de montrer l'excellence et la constance des résultats.

HISTORIQUE

Avant d'aborder l'étude du manuel opératoire, il nous paraît intéressant et juste de relever ici quelques détails d'historique importants.

L'idée première de soutenir l'utérus réduit, par un rétrécissement chirurgical du vagin semble dûe à un Français, Gérardin, de Metz, qui provoquait dès 1823 l'oblitération de la cavité vaginale en avançant dans une certaine étendue la portion inférieure de ses deux parois et en suturant ces surfaces; ce qui n'empêche pas l'Allemand Spiegelberg d'en revendiquer la priorité : celui-ci, 49 ans après, en 1872, suturait les points les plus inférieurs de la paroi antérieure du vagin à la partie supérieure de sa paroi postérieure.

Avant lui encore, un autre chirurgien français, célèbre celui-là, Jobert de Lamballe, excisait sur la paroi antérieure deux lambeaux de muqueuse longitudinalement, à une certaine distance l'un de l'autre laissant entre eux une portion de vagin non avivée. En affrontant et suturant les surfaces cru-

entées, il obtenait un pli permanent rétrécissant le vagin.

Mais c'est surtout l'opération de Le Fort qui représente la véritable source de celle que nous soutenons. En 1877 le professeur Léon Le Fort faisait remarquer que la chute de l'utérus était toujours précédée de celle du vagin « dont les parois sortent, « pour ainsi dire, par diplissement ». « Si l'on pouvait, dit-il, maintenir au contact ces parois opposées, tout prolapsus deviendrait impossible. » L'opération de Müller s'inspire exactement de la même idée; mais elle la réalise plus complètement et mieux. En effet Le Fort dans son excision vaginale était trop économe; nous reviendrons sur ce point dans l'étude critique de son opération, indiquons d'abord sa technique telle qu'elle se dégage de la description de l'auteur dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 30 avril 1877 et de l'article que lui consacre la 9^e édition du *Manuel de Médecine opératoire* de Malgaigne en 1889. Le principe est de suturer entre elles les parois antérieure et postérieure du vagin « de façon à transformer cet organe en deux conduits qui lui donnent l'aspect de canon de fusil double ». Le Fort commence par laisser la femme au lit pendant 10 à 20 jours : sous l'influence du seul repos horizontal l'engorgement passif du prolapsus cède, et les tumeurs énormes, d'abord irréductibles, se réduisent ainsi facilement.

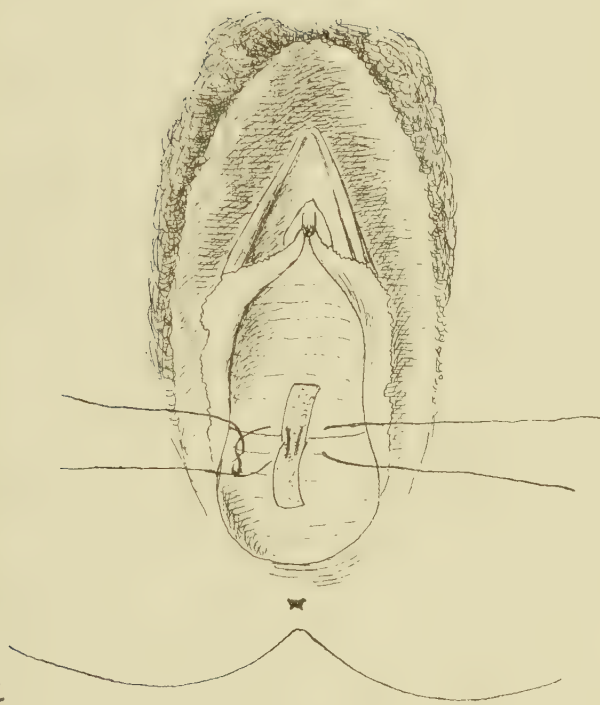


Fig 1

FIG. 1. — L'opération du professeur Le Fort.

Il débute l'opération par l'attraction de l'utérus hors de la vulve (1), puis il excise pour les aviver deux rectangles muqueux se faisant face sur les faces antérieure et postérieure du vagin déplié. Le lieu de l'avivement doit être le plus près possible de la vulve, puisque c'est à partir de la portion antérieure du vagin que les deux parois tendent à s'écarter. Au contraire, si on opère trop près du col, on pourrait être gêné pour rapprocher.

Les rectangles avivés mesurent 4 à 5 centimètres de long et 1 centimètre et demi de large; cette largeur, médiocre, fut portée plus tard par Le Fort à 2 centimètres mais pas au-delà. L'épaisseur de l'avivement doit être aussi mince que possible : il suffit que la surface soit cruentée. Le Fort redoutait, en effet, le danger, immense à son époque, d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas. Cet accident ne paraît pas lui être jamais arrivé; mais plus tard Tiliaux eut le malheur de le faire une fois et sa ma-

(1) « L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis à ciel ouvert, d'abord sur la paroi antérieure puis sur la paroi postérieure du vagin recouvrant l'utérus prolapsé, deux avivements linéaires longitudinaux dans l'étendue de 5 centimètres. Cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus, et j'appliquai sur ce bord transversal 3 points de suture; puis, de proche en proche, je suturai les bords latéraux, passant sur chacun d'eux le fil de la paroi antérieure à la paroi vaginale postérieure. Au fur et à mesure de l'application des points de suture, la réduction de l'utérus devenait de plus en plus complète, et quand les deux surfaces avivées furent suturées, la réduction était complète. » (Léon LE FORT.)

lade succomba de péritonite. Aujourd'hui sans doute le péritoine ne nous inspire plus les mêmes craintes; notre aseptie prévient ses réactions, et l'ouverture du cul-de-sac ne serait guère qu'un incident : néanmoins il suffit de peu pour infecter la séreuse, et le précepte doit garder toute sa rigueur de ne pas l'intéresser sans raison.

Dans sa première opération Le Fort suture aux fils d'argent : malgré qu'il les ait laissé longs et sortant de la vulve, il éprouve de la difficulté ensuite à les retrouver et donne la préférence à la soie; mais celle-ci irrite et enflamme et la suture manque dans les deux opérations suivantes. Il revient alors aux fils d'argent, et pour éviter la production d'un hématome capable de faire lâcher les points, il les poussa jusqu'au centre de l'avivement. Ces fils demeuraient en place 15 jours et Le Fort ne les retirait que lorsque la réunion solide lui paraissait certaine. Tel est le procédé du professeur Le Fort. André dans sa thèse en a réuni 40 observations où il compte 35 succès dont 31 obtenus d'emblée.

Parmi les avantages de son intervention, Le Fort insiste particulièrement sur ce qu'elle n'empêche ni le coït, ni la fécondation, ni l'accouchement (1) : il n'y a qu'à sectionner la bride au moment du passage du fœtus.

(1) Ni la récurrence, ajoute malicieusement G. Richelot.

Le cloisonnement du vagin a d'abord joui d'une certaine faveur, puis il est tombé dans l'oubli. Récemment Juvara à Paris et Chavannaz à Bordeaux ont tenté de le remettre en honneur, aujourd'hui même il est recommandé par le Professeur Jean-Louis Faure. Il est cependant passible de critiques : Polaillon qui l'a deux fois pratiqué a observé deux échecs; Labadie-Lagrave et Leguen, tiennent ses résultats comme nuls ou insignifiants; Forgeue considère qu'elle n'a pas une grande valeur pratique. Quant à Richelot il la juge sévèrement : « L'opération de Le Fort, dit-il, ne mérite pas beaucoup de confiance; elle ne peut réussir qu'à la condition de réséquer de larges surfaces et d'oblitérer le vagin. Nous avons vu le reste du conduit flasque et sans soutien entraîner la cloison artificielle qui sort toute entière, s'effile et s'atrophie, comme si une force attractive exerçait des tractions pour la rompre. » Aussi le Professeur Hartmann, considérant que le procédé de Le Fort « ne donne qu'une sangle sans épaisseur qui ne tarde pas à céder sous le poids des parties sus-jacentes », modifie la technique en excisant de longues et larges bandes de muqueuse partant du col pour se terminer en avant au méat, en arrière à la fourchette. Il suture avec des fils perdus, résorbables, dont les étages successifs rentrent à mesure les parties réunies. Il arrive ainsi à créer une longue colonne cicatricielle oc-

cupant presque toute la longueur du vagin et qui est certainement d'une efficacité plus grande que la petite sangle muqueuse de l'opération décrite par Le Fort. L'opération de Hartmann est un grand pas vers celle de Müller.

Un autre prédécesseur du procédé de Müller est celui de Freund qui cherche à obtenir le rétrécissement du vagin par une série de bagues fibreuses formées autour de fils métalliques maintenus en place pendant longtemps. Ces fils sont disposés en étages et successivement depuis le col jusqu'à 2 centimètres du méat, étant chacun passé dans le tissu sous-muqueux avec une aiguille courbe, et disposés en forme de cordon de blague à tabac; au fur et à mesure que ces fils sont noués, les parties rentrent progressivement jusqu'à réduction complète du prolapsus. L'effet de ces fils est double : action mécanique d'abord, puis inflammation suivie de prolifération conjonctive des tissus environnants. Ce procédé est aujourd'hui desuet et ne mérite pas d'être conservé; nous possédons des moyens plus sûrs et plus chirurgicaux pour obtenir un processus cicatriciel. Il valait néanmoins d'être mentionné, car celui que nous soutenons lui emprunte les deux idées essentielles qui le caractérisent : réduire le prolapsus par des points en bourse étagés, transformer le vagin en une colonne de tissu scléreux. Dérivant donc à la fois du pro-

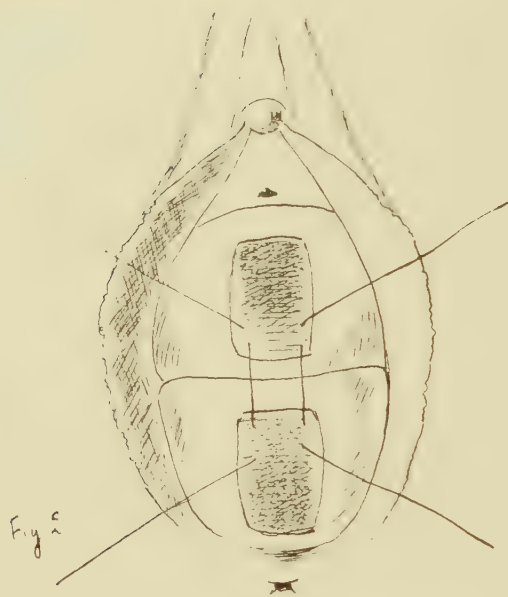


FIG. 2. — L'opération de Le Fort améliorée par le Professeur Hartmann.



FIG. 3. — L'opération de Freund.

cédé de Le Fort et de celui de Freund, l'opération que nous allons maintenant décrire en est en quelque sorte la composante heureuse; empruntant à Freund la réduction du prolapsus par des points étagés, et la suppression du vagin; à Le Fort la résection sanglante de la muqueuse.

Il ne semble pas cependant que Müller s'en soit inspiré de parti pris, et il nous paraît intéressant, tant au point de vue historique qu'au point de vue de la légitimation de son opération, de raconter ici comment il fut conduit à la pratiquer : Il n'avait obtenu de l'hystéropexie que des résultats détestables; la périnéorrhaphie exécutée suivant la méthode de Bischoff lui avait également donné des échecs, si bien qu'il crut devoir se résoudre à l'hystérectomie : il la fit abdominale avec fixation du pédicule dans la plaie de l'abdomen et le prolapsus du vagin entraînant le moignon récidiva; il la fit vaginale sans plus de succès, si bien qu'il adopta l'opération de Frisch, associant à l'hystérectomie, la colpectomie. Enfin satisfait du résultat, il comprit alors que la clef du succès résidait évidemment dans la suppression du vagin, et de l'hystéro-colpectomie ne voulut plus garder que le 2^e temps, la colpectomie qu'il envisagea totale. Ainsi il réalisait une opération plus simple, plus bénigne, plus rapide et au moins aussi sûre. Savariaud l'améliore encore par l'adjonction dans certains cas d'une so-

lide périnéorraphie, il la rend encore plus inoffensive grâce à l'anesthésie rachidienne. Nous allons essayer d'en montrer les avantages très réels : simplicité, efficacité remarquable et constante, innocuité absolue. Les observations que nous apportons seront à ce point de vue le meilleur plaidoyer.

INDICATIONS

Il est d'abord essentiel d'en bien poser les indications : en chirurgie comme en médecine, il n'est de bonne thérapeutique que celle qui est opportune. Pas plus qu'un médicament, un procédé opératoire n'est universel; pour être efficace il doit répondre à des indications limitées, convenir à tel cas et non plus à tel autre, demeurant en outre immuable dans son principe mais élastique et variable dans les détails de son application. Telle la digitale convient aux asytoliques et non pas aux angineux, mais pourra et devra être administrée sous une forme différente et à des doses variables suivant la nature et le degré de l'insuffisance cardiaque, telle la colpectomie convient à telle variété de prolapsus et non pas à telle autre, mais pourra et devra être plus ou moins étendue suivant la nature et le degré de ce prolapsus. Dans ces conditions et dans ces conditions seules, ce médicament et cette opération donneront des effets certains et constants. La précision de l'indication doit être absolue.

La véritable, la seule est le prolapsus utéro-vaginal complet ou presque complet, la procidence utérine des auteurs anglais, observé chez les femmes âgées, ménopausées depuis un temps assez long pour qu'on n'ait plus à craindre aucun retour d'écoulement sanguin. Il faut en outre que ces femmes n'aient plus aucune prétention aux relations sexuelles : c'est la règle d'ailleurs à l'âge où il convient de les opérer, mais il est bon pourtant d'en savoir acquérir la certitude pour ne pas s'exposer à de graves ennuis. Cette condition n'est cependant pas absolue, car nous montrerons que dans bien des cas, sinon dans tous, les opérées ont gardé la possibilité du coït et même avec une appréciable pénétration.

A part la possibilité d'un retour hémorragique qui est une contre-indication formelle, les maladies de l'utérus et de ses annexes en sont naturellement une autre; on a beaucoup parlé de la métrite, nous devons nous expliquer sur ce point. Quand on examine un prolapsus pour la première fois, avant le repos et les soins préopératoires de rigueur, on constate fréquemment en effet un écoulement purulent par le col. Mais celui-ci est simplement dû le plus souvent à l'irritation locale et à la saleté. Quinze à vingt jours de lit et de soins de propreté en viennent à bout et le tarissent complètement. La métrite vraie est exceptionnelle et cela se com-

prend aisément : ces utérus prolabés se drainent idéalement (1).

Le prolapsus que nous envisageons se présente à nous de façon variable. Ou bien ce sont des femmes qui ont commencé il y a plusieurs mois à remarquer que leur matrice « tendait à sortir après la station debout prolongée ou les efforts » ; peu à peu cette descente s'est accusée jusqu'à devenir complète. La réduction manuelle d'abord facile est devenue sans effet, et les femmes viennent demander secours.

Plus souvent peut-être, le prolapsus est complet depuis de longues années, 10, 15 ans, 20 ans même dans une de nos observations. Très longtemps les malades ont toléré sans se plaindre cette infirmité, simplement gênante; tolérance étrange mais très réelle que signalent en y insistant tous les auteurs et de tous les pays. Ils font tous remarquer que tandis que dans la classe aisée, le moindre affaïsement empêche les malades de se tenir debout et les fatigue aussitôt, dans le peuple, au contraire, les plus gros prolapsus sont supportés longtemps comme s'ils ne déterminaient aucun trouble. A

(1) « La métrite, écrit Richelot, est loin d'être la règle, bien que les auteurs la considèrent comme un agent très efficace du prolapsus à cause de la congestion passive qu'elle détermine dans les organes du petit bassin. Ce qui est beaucoup plus évident, c'est que l'utérus prolabé est toujours atteint de sclérose. Ces gros utérus qui pendent ont un orifice intact et une cavité cervicale sèche.

cette différence singulière ils ont proposé des explications diverses : pour beaucoup la tolérance de la part des femmes du peuple serait affaire de négligence et presque d'indifférence; alors que les femmes aisées, habituées au bien-être et au confort, souvent plus soigneuses et soumises aux règles de l'hygiène ne parviennent point à supporter même un léger degré de cette infirmité. Cette hypothèse satisfait l'esprit au moins en partie et paraît bien répondre à la réalité de beaucoup de cas, mais est-elle suffisante ? Le Professeur Pozzi ne le croit pas et propose une explication d'ordre mécanique : « Il semble, dit-il, que dans le premier cas se soit créée une statique utérine nouvelle et définitive, tandis que dans le second cette sorte de compensation ne s'est pas effectuée. » Quoi qu'il en soit, il faut savoir que certains prolapsus énormes sont souvent tolérés très longtemps. Mais un jour, sous l'influence de l'irritation répétée, de la saleté, des traumatismes quotidiens la tumeur finit par s'enflammer et devient douloureuse, congestionnée, irréductible. Alors la tolérance n'est plus possible et les malades, souffrant, viennent nous trouver. D'autres fois c'est un accident qui nous les amène.

On constate alors l'existence d'une énorme tumeur vaguement piriforme, qui sort de la vulve et pend entre les cuisses. La surface en est formée par

la muqueuse vaginale retournée en doigt de gant et qui a perdu ses caractères normaux : les plis transversaux ont en grande partie disparu, elle est par endroits de coloration gris blanchâtre « comme tannée », cutanisée en quelque sorte. Par ailleurs elle est rouge bleuâtre par suite de la gêne de la circulation veineuse, enflammée souvent, et présentant même parfois des placards livides ou verdâtres. Il est presque constant d'y observer une ou plusieurs ulcérations dont une particulièrement fréquente sur la face latérale droite. A l'extrémité de la tumeur, plus ou moins déjeté vers l'avant ou vers l'arrière, « en situation excentrique » se trouve l'orifice du col par où s'écoule un liquide blanc sale. De ce col ne se voit naturellement que l'orifice; ses lèvres ont disparu comme absorbées par la distension des parois adjacentes. Au palper le prolapsus est tendu, douloureux, on ne peut pas le réduire. Tout cet ensemble sera considérablement modifié par les soins pré-opératoires, et ce n'est qu'après leur action, au moment opportun pour intervenir, que nous pourrons apprécier les caractères réels du prolapsus : nous nous répétons à dessein, ceci est de toute première importance.

Interrogées, ces femmes nous racontent presque toujours une histoire de plusieurs accouchements avec enfants gros, parfois une déchirure obstétricale du périnée, souvent une ou plusieurs applica-



Fig 4

FIG. 4. — Prolapsus utéro-vaginal complet typique avec ulcérations (d'après Labadie-Lagrave et Legueu).

Il est représenté avant la cure de repos et de soins locaux préopératoires, qui auront pour effet de le « dégorger », réduisant son volume d'un bon tiers, cicatrisant les ulcérations, tarissant l'écoulement du col, le rendant réductible et opérable.

tions de forceps. Elles se plaignent de troubles urinaires : brûlure à la miction, besoins répétés, évacuations incomplètes; dans quelques cas beaucoup plus rares existe une véritable incontinence d'urine. La constipation est encore de règle, avec défécations pénibles, et même parfois douloureuses. Ce sont presque toujours de grosses femmes obèses; la paroi abdominale est relâchée, flasque, surchargée de graisse; les viscères abdominaux sont ptosés et la métroptose n'est en somme qu'un élément de cet état morbide de viscéro-ptose si justement catégorisé par Fr. Glénard. Aussi sont-elles facilement essouffées, dyspnéïques : elles accusent des tiraillements vers les lombes, des douleurs dans le ventre. Elles mangent beaucoup, digèrent mal, vomissent. Leur cœur est mou, souvent surchargé de graisse, Nerveuses aussi, inquiètes, agitées, elles ne dorment pas. Leur moral est parfois fortement déprimé, mais il est vraiment tout à fait exceptionnel d'observer la véritable démence dont parle Richelot. « — Ces ptosiques, écrit-il, sont des folles; ces dégénérées sont parmi celles qui donnent le plus fort contingent des troubles psychiques dont la chirurgie est rendue abusivement responsable. »

Sans aller jusque là, nous voulons seulement, avec tous les auteurs, mettre en relief l'importance de l'altération organique en général; elle nous expliquera la raison véritable du prolapsus, elle nous

rendra compte de la vanité de certains procédés thérapeutiques cependant ingénieux, elle nous fait déjà pressentir le danger très réel pour de telles malades d'interventions compliquées et longues, de l'ouverture du péritoine, et plus encore de l'anesthésie générale.

Soins pré-opératoires.

Donc, avant de songer à l'opérer, nous commençons par préparer notre malade. Le repos absolu au lit; des soins locaux répétés et minutieux; une diète relative; des lavements et des purgations répétés sont indispensables et tout cela pendant 15, 20, 30 jours et même davantage, pour que l'intervention soit devenue tout à fait opportune. Nous ne craignons pas de nous répéter encore en insistant sur ce point : il est capital. Cette préparation va transformer la femme et son prolapsus : Celui-ci sous cette influence va diminuer de volume, prendre un bel aspect, cicatriser ses ulcérations, tarir la sécrétion de son col, devenir aisément réductible; parallèlement les troubles fonctionnels disparaissent et l'état général se relève beaucoup. Cette importante notion n'avait pas échappé à Le Fort qui commençait toujours par « décongestionner et dégorger ces prolapsus », là peut-être est la raison de ses succès où d'autres échouaient ? Les soins locaux ont essentiellement pour objet la dé-

sinfection méthodique de la tumeur : nous la soumettons d'abord à des savonnages à l'eau bouillie tiède, puis à des pansements humides renouvelés deux fois par jour. Ensuite les pansements humides sont remplacés par le saupoudrage au Thymol bi-iodé (aristol) et enfin les derniers jours nous pratiquons des badigeonnages à l'alcool faiblement iodé. Parallèlement la vessie est fréquemment lavée à la solution de protargol au millième, et nous administrons un gramme et demi d'urotropine pro die. Sous cette influence le prolapsus, nous l'avons vu, se transforme : la tumeur réduit son volume de près de moitié, elle prend un autre aspect, elle devient opérable. Mais avant de prendre le bistouri et pour déterminer exactement le sens de l'opération, il convient d'en analyser minutieusement tous les caractères.

Les Caractères analytiques du prolapsus au moment de l'opération.

Le plus souvent la muqueuse vaginale retournée présente un bel aspect gris rosé; la surface est sèche, les ulcérations sont cicatrisées, l'orifice du col ne suinte plus. Si on palpe le prolapsus on constate qu'il est tout à fait indolore, et on sent à son intérieur l'utérus dur, petit, atrophique. Il est possible mais rare de trouver le col hypertrophié : depuis le Mémoire d'Huguier paru en 1859, tous

les classiques insistent sur l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. Pour cet auteur elle serait à tel point constante que le prolapsus ne serait qu'une apparence : « La maladie qu'on a désignée jusqu'à ce jour, écrit-il, sous le nom de prolapsus, de précipitation, de chute complète de l'utérus n'est autre chose qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de cet organe dont le corps et le fonds sont restés dans la cavité pelvienne. » C'est également l'opinion de Courty, celle de Gallard, celle de Virchow qui désigne la maladie sous le nom de prolapsus de la matrice sans descente du fond.

Cette opinion fut déjà très vivement combattue par Depaul; actuellement, si l'opinion des auteurs varie quant à la fréquence possible de l'hypertrophie du col, personne ne lui accorde plus aucune importance au point de vue pathogénique. Que l'hypertrophie du col existe quelquefois nous le reconnaissons, et c'est, malgré l'exclusivité de sa conception, le grand mérite d'Huguier d'avoir attiré l'attention sur cette lésion; elle réclame quand elle existe un traitement spécial, l'amputation du col. Mais elle est rare et presque toujours, au contraire, le col est atrophique. En le palpant au sommet du prolapsus entre le pouce et l'index c'est un petit bout de crayon qu'on fait rouler entre les doigts.



Fig. 5.

FIG. 5. — Le prolapsus après la cure préalable de repos et de soins locaux. Son volume est diminué d'un bon tiers; il est réductible, il est propre. Ses ulcérations sont cicatrisées, l'écoulement cervical complètement tari.

Continuant l'examen systématique du prolapsus, nous constatons qu'il est aisément réductible. Après l'avoir refoulé, nous prions la malade de pousser pour le faire sortir; nous saisissons alors sur le vif la façon même dont il s'est formé. On voit d'abord la paroi antérieure du vagin bomber et faire saillie, puis c'est la postérieure : elles se déroulent et le col utérin apparaît à la vulve; enfin le corps s'échappe brusquement entraînant avec lui la vessie et le rectum. Le prolapsus du vagin est toujours la première étape du prolapsus utérin.

A la base de la tumeur, l'entourant et la circonscrivant, se trouve un sillon circulaire, une sorte de gouttière plus ou moins profonde marquant la réflexion du vagin retourné et sa continuité en avant avec les téguments de la vulve, en arrière avec la peau du périnée. Or ce sillon est toujours plus marqué en arrière au niveau de la fourchette; dans la règle, en effet, le prolapsus est toujours plus accusé en avant; il demeure en arrière une certaine partie de la cavité vaginale que le doigt apprécie engagé dans le cul-de-sac postérieur persistant. Cette disposition est très importante au point de vue spécial qui nous occupe, car elle rend compte de la persistance après l'intervention d'un rudiment de vagin qui peut permettre au moins une ébauche de coït. Elle s'explique très simplement par le seul aspect de l'anatomie normale des

culs-de-sac vaginaux et par le fait de la chute plus facile de la paroi antérieure, sans avoir recours à l'explication subtile mais compliquée de Schroder, l'attribuant à l'hypertrophie primitive du segment moyen du col, sous-vaginal en arrière, sus-vaginal en avant.

La profondeur de ce cul-de-sac postérieur est quelquefois si grande qu'il ne s'agit plus d'une pro-cidence complète mais d'un prolapsus partiel : celui-ci demande naturellement une résection vaginale moins étendue, ce que nous faisons à l'exemple de Wormser qui a modifié de la façon que nous aurons à décrire la technique de son maître Müller.

A l'opposé de ces prolapsus partiels il existe au contraire des cas extrêmes chez les femmes à grands relâchements où les culs-de-sac péritonéaux descendent, formant des poches où les anses intestinales peuvent venir se loger.

Le cathéterisme de la cavité nous donne des résultats variables : il est quelquefois impossible, le col chez les vieilles femmes étant souvent oblitéré; le plus souvent il indique une cavité peu profonde d'utérus atrophique. Avec une sonde métallique courbe il est facile et important d'apprécier la disposition exacte du réservoir urinaire; il peut parfois arriver au contact immédiat de l'orifice utérin. On termine l'examen par l'appréciation de l'état

du périnée, tantôt quasiment intact, plus souvent éculé, quelquefois effondré.

Le prolapsus ainsi défini est donc justiciable de l'intervention qui doit le guérir. Pourquoi faut-il opérer ?

Justification de l'opération

Parce qu'abandonné il va tendre à s'accroître, augmentant de plus en plus la gêne qu'il occasionne. De plus des complications graves peuvent se produire, surtout chez les femmes de la classe pauvre surmenées par le travail et vivant dans des conditions hygiéniques défectueuses. C'est la cystite chronique, l'infection du rein, l'urémie. On a signalé l'étranglement et le sphacèle de certaines tumeurs devenues subitement irréductibles. Nous rapportons un cas curieux d'infiltration d'urine sous-péritonéale par rupture traumatique d'une vessie prolabée.

L'ANESTHESIE

Après constipation préalable, facilement obtenue par l'administration de dix centigrammes par jour d'extrait thébaïque pendant 3 jours, l'anesthésie est le premier acte de l'intervention : elle n'est certes pas le moins important.

Sauf les cas très exceptionnels de malades par trop pusillanimes, l'anesthésie générale est contre-indiquée : d'abord parce qu'inutile, ensuite et surtout parce que particulièrement dangereuse ici. Il s'agit, nous le savons, de femmes âgées, obèses, à tissus relâchés, à organes ptosiques. Leurs viscères sont souvent tarés, particulièrement le foie, le rein et le cœur : celui-ci est surchargé de graisse, sa fibre est altérée, sa contractilité amoindrie. Le chloroforme dans ces conditions est un gros danger, et pour en atténuer les périls on est obligé de raccourcir la durée de l'intervention, de se presser, d'aller vite. L'attention est en partie détournée de la technique au profit de la narcose; la vie de la malade est menacée et le succès de l'opération compromis. L'éthérisation, moins dangereuse à n'en pas douter, n'est pas cependant sans risques; les

poumons de ces malades sont fragiles et la pneumonie post-opératoire les guette.

L'anesthésie locale est parfaitement suffisante mais elle a des inconvénients : délicate sinon difficile, elle prend du temps et allonge considérablement la durée de l'intervention. Cet inconvénient très relatif peut-être dans la pratique privée, compte beaucoup dans un service hospitalier très actif où souvent 3 et 4 interventions doivent être faites dans une matinée. La méthode de choix nous paraît être l'anesthésie rachidienne. Elle est rapide, elle est sûre, nous croyons pouvoir la tenir comme inoffensive. Cette méthode gagne chaque jour du terrain, aussi bien en France qu'à l'étranger, au moins en ce qui concerne la chirurgie basse : membres inférieurs, rectum, organes génito-urinaires. Nous croyons que ses indications peuvent être beaucoup plus étendues : l'expérience nous a montré que l'analgésie remonte toujours au moins jusqu'au sillon sous-mammaire, souvent jusqu'à la clavicule, quelquefois elle est totale y compris la cornée. La statistique actuelle de notre Maître à l'hôpital Beaujon qui porte sur deux années — du 1^{er} février 1919 au 1^{er} février 1921 — comprend 885 rachis dont 535 par M. Savariaud lui-même et 350 par ses internes. Elles ont porté sur les interventions les plus variées y compris la chirurgie gastrique et hépato-biliaire; nous avons même enlevé

par ce procédé un sein cancéreux suivant la technique élargie de Halsted sans que la malade ait accusé la moindre douleur.

Dans tous les cas l'anesthésie a été bonne et c'est à peine si une fois sur cinquante la nervosité et la pusillanimité de certaines opérées nous a contraint à leur donner un semblant de chloroforme. Nous n'avons eu qu'un seul décès, mais dans des conditions très particulières : il s'agissait d'une péritonite généralisée appendiculaire arrivée à l'extrême limite de la déchéance, hypothermique, sans pouls, sans défense, au seuil du collapsus. L'intervention ne fut tentée que par acquit de conscience un jour de garde : il eut peut-être mieux valu ne pas y toucher. L'histoire de ce décès semble pour la péritonite une contre-indication à l'anesthésie rachidienne. A part cela nous n'avons jamais noté d'accidents sérieux, 10 à 12 fois peut-être un certain état de shok qui a rapidement cédé sous l'influence de l'adrénaline et de l'huile camphrée, mais jamais de paralysies ni oculaires ni des membres. Nous accusons par contre les petits ennuis habituels : malaises et nausées 10 à 15 minutes après la rachi, mais qui ne durent pas; après l'opération et pendant 3 ou 4 jours céphalée, rachialgie, paresse vésicale, petit mouvement fébrile. La céphalée est certainement le phénomène le plus pénible, mais on peut l'atténuer beaucoup en reti-

rant beaucoup de liquide au moment de la ponction; elle cède en général aux antinévralgiques habituels, plus spécialement et plus vite au mélange quinine-phénacétine-pyramidon. Dans 4 cas seulement nous avons dû recourir à la ponction lombaire pour la faire cesser.

Ces incidents, on le voit, quelque fâcheux qu'ils soient ne sont pas moins presque négligeables à côté des accidents impressionnants et graves du chloroforme et de l'éther.

Par contre il faut avoir opéré un ventre sous anesthésie rachidienne pour être pleinement convaincu de sa très réelle supériorité; ce silence abdominal complet, ce « calme plat » permettent l'exécution facile des temps les plus délicats sans être jamais gênés par la si malencontreuse poussée intestinale. Joint à la position déclive et au barrage de champs aseptiques, il est en outre une garantie contre l'infection, et contribue pour une grosse part au succès des laparotomies. « J'ai la certitude, dit le Professeur Forgue, que tous y viendront, quand ils seront témoins de la grande commodité opératoire qu'elle donne. » A plus forte raison cette anesthésie se recommande pour les interventions vaginales; ici nous pouvons affirmer une analgésie absolue, parfaite, idéale. Mais pour l'obtenir, une technique rigoureuse est indispensable. Voici en quelques mots celle que nous

croyons la meilleure et que nous pensons avoir définitivement adoptée :

Nous utilisons pour la ponction une aiguille d'acier nickelé à canon plat, longue de 9 centimètres et d'un calibre de 11 dixièmes de millimètres, à biseau moyen, munie d'un mandrin dont l'extrémité affleure exactement la pointe du biseau. Nous préférons l'acier au platine, beaucoup trop cher, qui pique mal et qui se tord. Plus longue l'aiguille risque de casser, plus courte de ne pas aboutir. Un calibre trop réduit expose à l'obstruction déjà trop facile; un biseau court pique moins bien, un biseau long se bouche. Comme seringue nous employons le modèle Record de 2 cent. cubes à piston métallique; elle se recommande par la douceur de son glissement, la perfection de son canon, son absolue étanchéité. A son défaut, une bonne seringue de cristal peut suffire. Il est bon d'avoir une éprouvette graduée pour mesurer la quantité retirée de liquide encéphalo-rachidien.

L'anesthésique auquel nous donnons aujourd'hui la préférence est le chlorhydrate de cocaïne en solution aqueuse à deux pour cent, préparée en ampoules de 2 cmc. stérilisées par triple tyndallisation. Ce mode de stérilisation est fondamental : la chaleur au dessus de 110° altère en effet l'alcaloïde, détruisant son pouvoir analgésique tout en lui laissant ses propriétés toxiques. M. Savariaud

utilisait d'abord un mélange de cocaïne et de stovaïne en raison de la notion établie par la pharmacologie que la stovaïne est de tous les amino-alcools le plus fortement analgésique et le plus faiblement toxique. L'anesthésie ainsi obtenue était satisfaisante, moins complète peut-être cependant qu'avec la cocaïne pure. Par ailleurs il nous a semblé que la stovaïne déterminait un relâchement sphinctérien avec diarrhée au cours de l'opération, ce que la cocaïne ne produit que très exceptionnellement. M. Savariaud a donc pensé devoir revenir à la cocaïne seule; cet alcaloïde, le plus ancien, paraît aussi de beaucoup le plus actif. Quant à sa toxicité elle ne nous a pas semblé bien grande et elle doit avoir été exagérée. On a dit, et Delmas en particulier, que stovaïne et que novocaïne seraient 7 fois moins toxiques : c'est possible, mais pour obtenir un même effet analgésique il faut employer des doses environ 7 fois plus élevées.

Nous injectons une quantité de cocaïne qui varie de un à quatre centigrammes et nous obtenons une analgésie parfaite, souvent totale pendant plus d'une heure. Deux centigrammes suffisent largement pour les membres inférieurs, pour les curetages, pour les hernies, pour les appendicites, pour les périnées; pour les hystérectomies il faut compter de 3 à 4, pour la chirurgie de l'étage sus-mésocolique de 4 à 5.

Pour combattre l'action toxique de la cocaïne nous pratiquons une injection hypodermique du mélange suivant :

Sulfate de strychnine	0,001 millig.
Sulfate de spartéine	0,02 cent.
Solut. d'adrénaline au millième.	5 gouttes.
Eau distillée	1 cmc

Il nous a paru très réel que sous cette influence les nausées et les vomissements sont moins accusés, le myocarde et le bulbe mieux soutenus.

Nous pratiquons la ponction lombaire en position assise, la malade faisant le gros dos — très exceptionnellement dans le décubitus latéral — nous piquons en un point variable tantôt entre 4 et 5, tantôt entre 3 et 4, voire entre 2 et 3 suivant que le passage nous paraît plus facile. M. Savariaud emprunte la voie latérale, je préfère la voie médiane — question d'habitude sans importance. — Très souvent le liquide encéphalo-rachidien ne s'écoule pas d'emblée. Il faut se garder de déclarer la ponction blanche : il suffit de bien peu de chose pour obstruer l'aiguille : un débris graisseux, un lambeau de ligament jaune enlevé à l'emporte-pièce, un fragment de racine nerveuse faisant clapet. Il convient alors de mandriner l'aiguille, de lui faire exécuter un quart de tour, de la déplacer légèrement, de faire tousser la patiente jusqu'à ce que le liquide jaillisse avec force. Il ne faut pas se

contenter d'un écoulement minime et sans tension : on risquerait une anesthésie mauvaise. Il en est pour la rachi comme pour une ponction veineuse : tous ceux qui ont quelque pratique des injections de néo-salvarsan savent qu'il ne faut pousser le liquide que lorsque l'issue du sang par l'aiguille est franche. S'il ne vient que quelques gouttes c'est qu'on a traversé la veine, la pointe de l'aiguille est allé piquer sa paroi postérieure. Même chose pour la rachicentèse : la pointe de l'aiguille pouvant être menée jusqu'à la membrane arachnoïdienne opposée.

Nous laissons s'écouler 20 centicubes de liquide, puis adaptant le canon de la seringue au pavillon de l'aiguille nous poussons l'injection vivement puis nous aspirons lentement, refoulons, réaspirons et ainsi de suite « barbotant » de 4 à 5 fois.

La malade est alors étendue et nous pouvons opérer; l'anesthésie est immédiate.

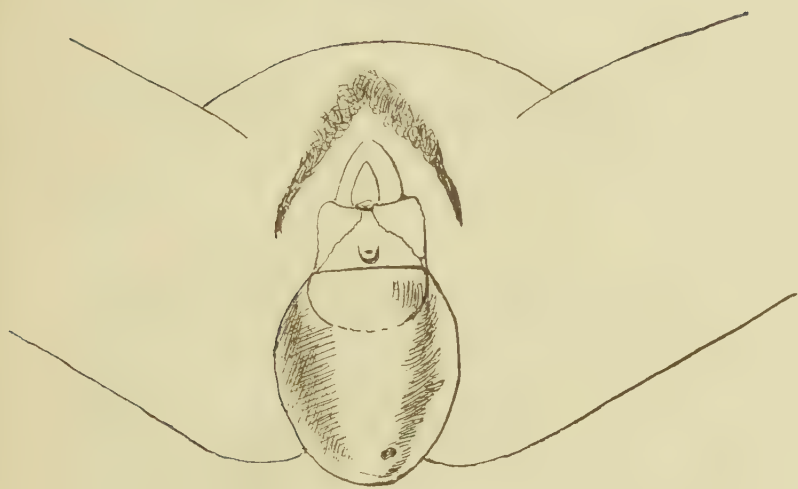
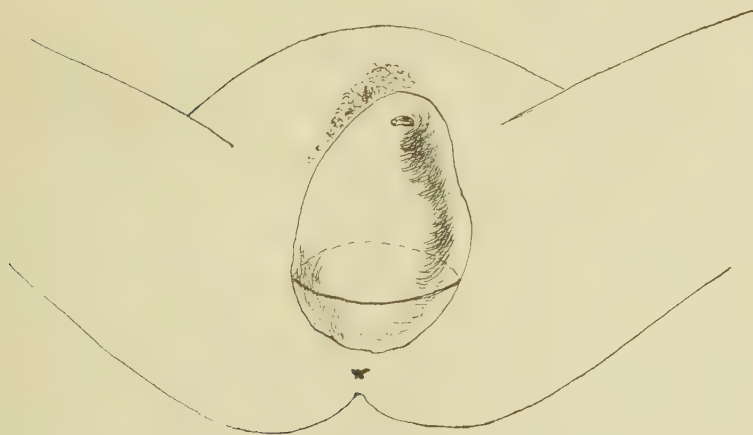


Fig 6

FIG. 6. — Incision circulaire du vagin à sa base.
Vue antérieure (d'après Savariaud).



Incision du vagin à sa base.
Vue postérieure (d'après Savariaud).

MANUEL OPÉRATOIRE

En position gynécologique légèrement déclive, la peau des cuisses, des fesses, du périnée est passée à l'iode puis à l'alcool, suivant le procédé commun. Pour la vulve et le vagin nous avons dû y renoncer; ces muqueuses fixent l'iode avec une intensité surprenante, d'où la possibilité de brûlures, d'eschares, sans parler de la gêne considérable qu'apporte au travail la coloration noire foncée. Nous préférons procéder à un savonnage minutieux et méthodique de 7 à 8 minutes suivi d'un grand lavage antiseptique chaud.

Le col amarré avec une pince tire-balle, de Museux ou mieux de Morestin, est fortement attiré vers le bas. S'il y a le moindre soupçon de métrite on commence par un curettage; le cas est, nous le répétons, tout à fait exceptionnel. Le premier temps consiste à tracer avec le bistouri à la base du prolapsus, au ras de la vulve, une incision circulaire; sur cette incision nous en branchons deux autres longitudinales et médianes et deux latérales descendant jusqu'au col qu'une nouvelle circulaire circonscrit à son tour. Ainsi le prolapsus se trouve

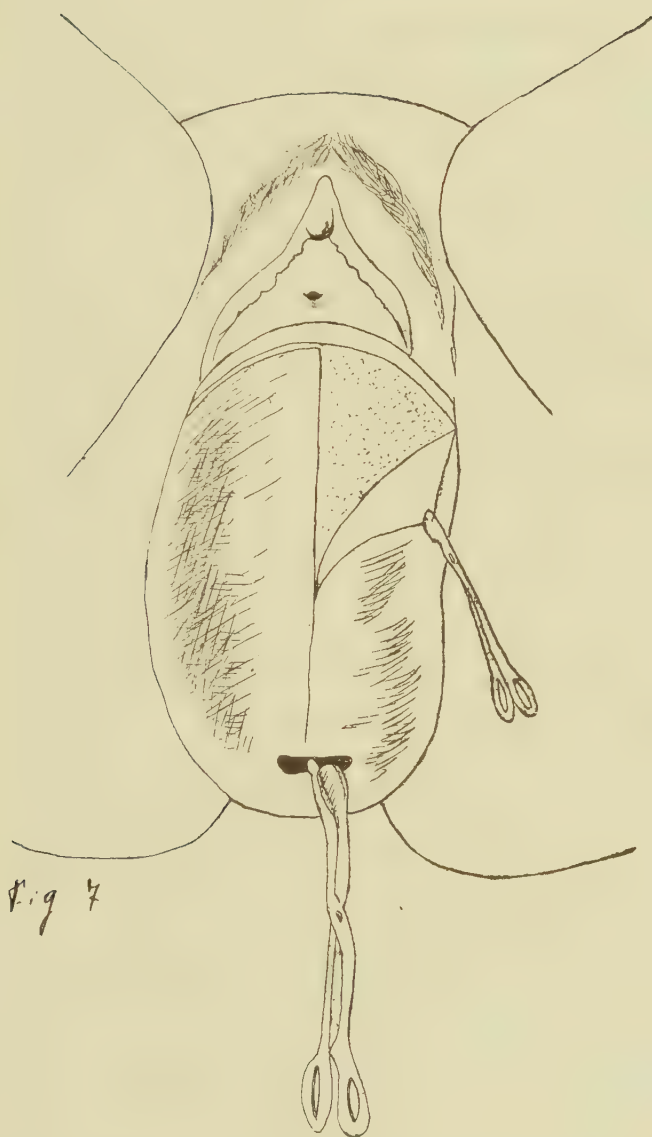


FIG. 7. — Le dépouillement est amorcé par le quartier antéro-latéral gauche.

divisé en quatre quartiers que nous allons successivement dépouiller, peler, par dissection à la pince et au bistouri « comme on pèle une orange ». Quand ce travail sera terminé, le vagin sera dépouillé, écorché « comme un animal de sa peau ». Arrivé au col, on l'ampute s'il est hypertrophique et plus ou moins haut suivant qu'il est plus ou moins malade; s'il est atrophique on se borne à le dépouiller à son tour.

Cette dissection de la muqueuse vaginale, ce dépouillement est plus ou moins facile suivant les cas. Quelquefois la muqueuse vient toute seule, se décollant presque en totalité par simple traction aidée par le refoulement avec le dos du bistouri, sans le secours du tranchant; quelquefois elle est dure, scléreuse, adhérente et le dépouillement demande du travail. La dissection est toujours plus délicate en arrière et latéralement au voisinage des grandes lèvres. Normalement l'hémorragie est faible et une irrigation au sérum chaud en vient aisément à bout; dans certains cas elle est abondante et l'hémostase demande de nombreuses ligatures au catgut fin; jamais elle ne peut être grave. Quant à la vessie et au péritoine, il n'y a pas à s'en occuper puisqu'on n'enlève que la muqueuse.

Bien entendu le découpage systématique du prolapsus en 4 tranches n'est pas obligatoire; il est simplement très commode. Mais une fois faite l'in-

cision circulaire à la base du prolapsus on peut réaliser le dépouillement à sa fantaisie et à sa convenance.

Le premier temps est achevé; il a demandé, suivant le plus ou moins de facilité du dépouillement, de 4 à 10 minutes. Il s'agit maintenant de columniser le vagin par plusieurs étages de sutures. Ce travail est réalisé par une série de fils serrés en bourse et qui vont s'étager de bas en haut, du col vers la base du prolapsus. Un point en X est placé sur le col pour le fermer, puis le premier fil en bourse est passé à un bon centimètre au-dessus. On le serre, et sous cette seule influence on voit le prolapsus commencer à rentrer. On passe alors, on serre et on noue le deuxième : nouvelle étape franchie par la réduction. Ainsi de suite pour un troisième, un quatrième et jusqu'à cinq si c'est besoin. Pour ce travail nous employons de préférence le catgut chromé n° 2 (filière civile).

Ce deuxième temps réalise donc le refoulement du prolapsus; on ne peut fixer aucun chiffre quant au nombre des fils : 2 peuvent suffire, 5 peuvent être nécessaires; tout dépend naturellement du volume de la tumeur; en moyenne il en faut trois. Dans un cas même, M. Savariaud s'est contenté de refouler la matrice et de drainer l'espace mort résultant du dépouillement du vagin. Nous pensons que la suture est à préférer, elle donne plus de sécurité.

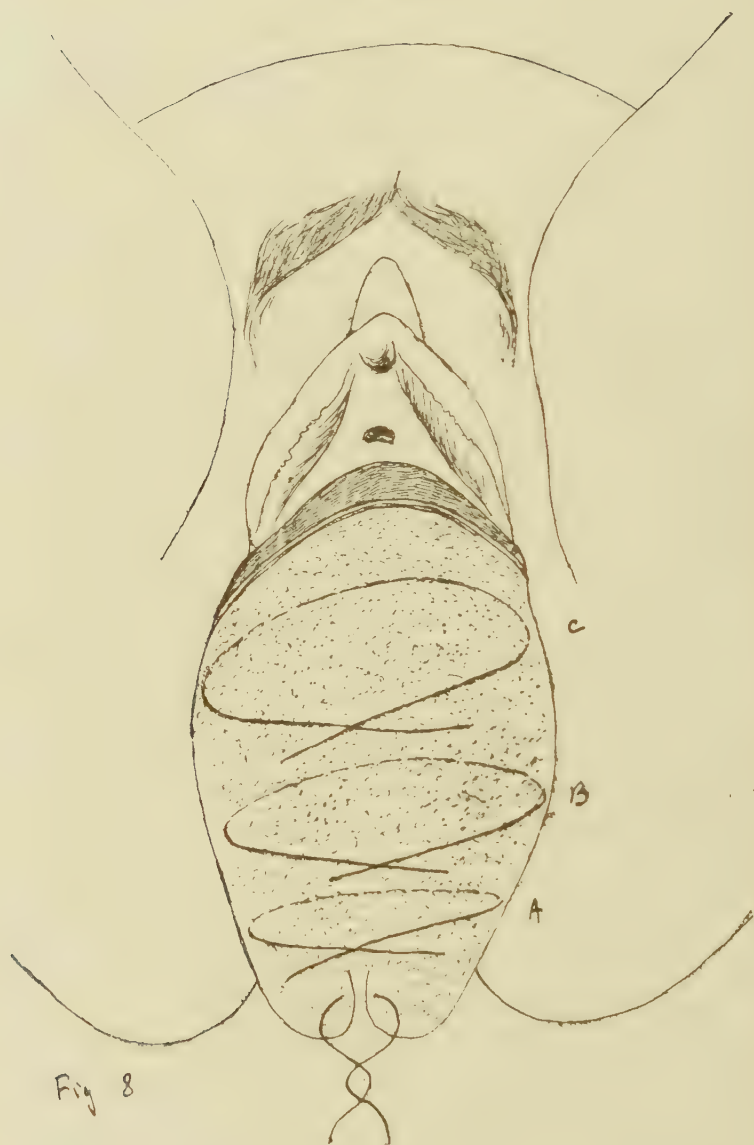


FIG. 8. — Le dépouillement est achevé; le col est fermé par un point de catgut. Les 3 fils en bourse A, B, C, sont successivement passés et serrés; au dernier la réduction sera complète.

Le dernier temps consiste à suturer en fente longitudinale autéro-postérieure la collerette restante du vagin; cette suture est faite au catgut fin en points séparés. Il reste alors au dessus de la fourchette un cul-de-sac de 2 à 3 centimètres de profondeur, davantage si le déroulement de la paroi vaginale postérieure n'était pas complet. Ce cul-de-sac, on peut simplement le tamponner mollement, mais il est plus sage de le drainer par un tout petit drain qu'on fixe à la fourchette par un catgut.

L'opération est terminée, ayant nécessité en tout de 20 à 30 minutes : une sonde à demeure genre Malécot ou Pezzer est placée dans la vessie, la vulve est copieusement barbouillée de pommade au collargol au dixième; on applique un bandage en T.

A cette intervention type qui répond à la description de Müller, des modifications peuvent être apportées. La plus importante est l'adjonction d'une périnéorrhaphie : l'opération de Müller a pour effet de remplacer le vagin supprimé par une colonne cicatricielle qui supporte l'utérus et empêche le vagin et le rectum de se dérouler sous l'influence de la poussée abdominale. Si le périnée est effondré, il est indiqué de le refaire pour donner à cette colonne un solide point d'appui. Mais il doit être bien entendu que cette périnéorrhaphie n'est qu'un complément de la colpectomie qui demeure le temps principal. Les observations de Papin et de



FIG. 9 (d'après Savariaud). — Opération combinée : Colpectomie et Périnéorrhaphie. Résultat immédiat.



Fig. 9'

Résultat définitif : Vulve étroite, périnée résistant, vagin assez profond pour admettre un spéculum de vierge.

Michon le montrent avec éclat : les deux malades en question avaient vu leur prolapsus récidiver malgré une colpo-périnéorraphie faite antérieurement; la colpectomie les a guéries radicalement.

Nous pratiquons cette périnéorraphie de la manière suivante : incision interano-vulvaire en forme de X ou plus exactement en  fauteuil de Dagobert, afin de disséquer deux petits lambeaux dont le relèvement permet d'aller chercher très haut les muscles du périnée — cette incision est en somme une variante de celle de Lawson-Tait  et de celle du Professeur Hartmann  — Nous décollons suivant la technique courante la cloison recto-vaginale, aussi haut que possible, en nous aidant au besoin de l'introduction du doigt ganté dans la lumière du rectum. Les fibres musculaires du périnée apparaissent alors, et le relèvement de nos petits lambeaux latéraux nous permet, enfonçant l'aiguille au ras de leur peau relevée, de charger une grosse épaisseur de tissu musculaire. Les muscles sont ainsi rapprochés et serrés « en sangle » par un, deux ou trois points de catgut chromé n° 2. Dans ses premières opérations, M. Savariaud utilisait le crin perdu et s'en déclarait très satisfait : « Je renonce au catgut pour les sutures perdues des plans périnéaux profonds et je me sers de crins que j'ai substitués à peu près totalement au catgut depuis un an pour toutes les sutures perdues de la

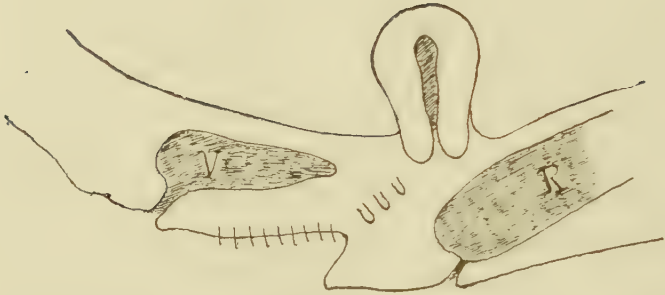
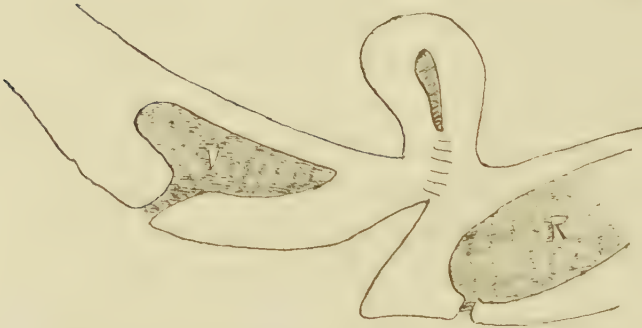


FIG. 10 (d'après Savariaud). — Résultat immédiat après colpectomie seule.



Même cas. Résultat éloigné : Vulve béante, vagin ample et profond admettant un spéculum ordinaire.

paroi abdominale. » Mais nous avons eu une fois une fistule persistante entretenue par un crin mal toléré, et depuis nous sommes revenus au catgut. Quant à la suture de la peau qui prend la forme d'un λ elle est faite au fil de lin, à la soie fine, ou même au catgut fin.

Nous avons également adopté la modification proposée par Wormser pour les prolapsus incomplets. Voici le type de sa technique qui peut être modifié dans les détails de son exécution suivant les cas : « Après avoir attiré l'utérus au dehors, on trace sur les parois vaginales une incision de forme losangique dont le grand axe est dirigé du méat au périnée et dont le centre est occupé par le col. Tout le lambeau circonscrit par le tracé de l'incision est disséqué avec soin et finalement enlevé; il en résulte une vaste plaie au centre de laquelle se trouve la matrice, qu'on repousse au fond du vagin et au devant de laquelle on réunit les bords du lambeau losangique à l'aide de sutures au catgut. L'utérus disparaît complètement, il est exclu de la cavité vaginale, et il en reste séparé par un diaphragme de tissu cicatriciel, répondant à la ligne des sutures. » Wormser a appliqué son procédé à des femmes âgées de cinquante-trois à soixante-dix ans; toutes ont guéri sans complications et la récidue ne s'était pas produite au moment où écrivait l'auteur.



Fig 11

FIG. 11. — Le refoulement achevé, la suture a été pratiquée de la collerette vaginale restante. Un petit drain est placé dans le cul-de-sac postérieur, qui sera retiré le 3^e jour.

SUITES OPERATOIRES

Dans tous les cas les suites opératoires sont les mêmes et fort simples : très légère réaction fébrile à 38°, imputable à la rachi, pas de douleurs. La sonde vésicale est retirée le 3^e jour, la mèche ou le drain le 4^e. A partir du 5^e jour on pratique des lavages bi-quotidiens et même des injections du cul-de-sac avec de l'eau iodée. La malade est lavementée le 6^e jour, purgée à l'huile de ricin le 7^e, et enfin, le 10^e, on enlève les fils cutanés. Le lever est possible à partir du 12^e jour et les malades peuvent en général s'en aller guéries le 16^e. A leur sortie on constate une vulve infantile, un périnée haut et résistant; les parois vaginales peuvent bomber, mais ne se déroulent pas sous l'effort. Le vagin est remplacé par un cul-de-sac plus ou moins profond qui admet en général un petit spéculum et pourrait admettre un pénis aux deux tiers engagé. Dans toutes nos observations ces résultats se sont maintenus.

Nous l'avons dit et nous le répéterons avec tous ceux qui en ont la pratique, cette intervention est bénigne et ne comporte aucun danger, à condition

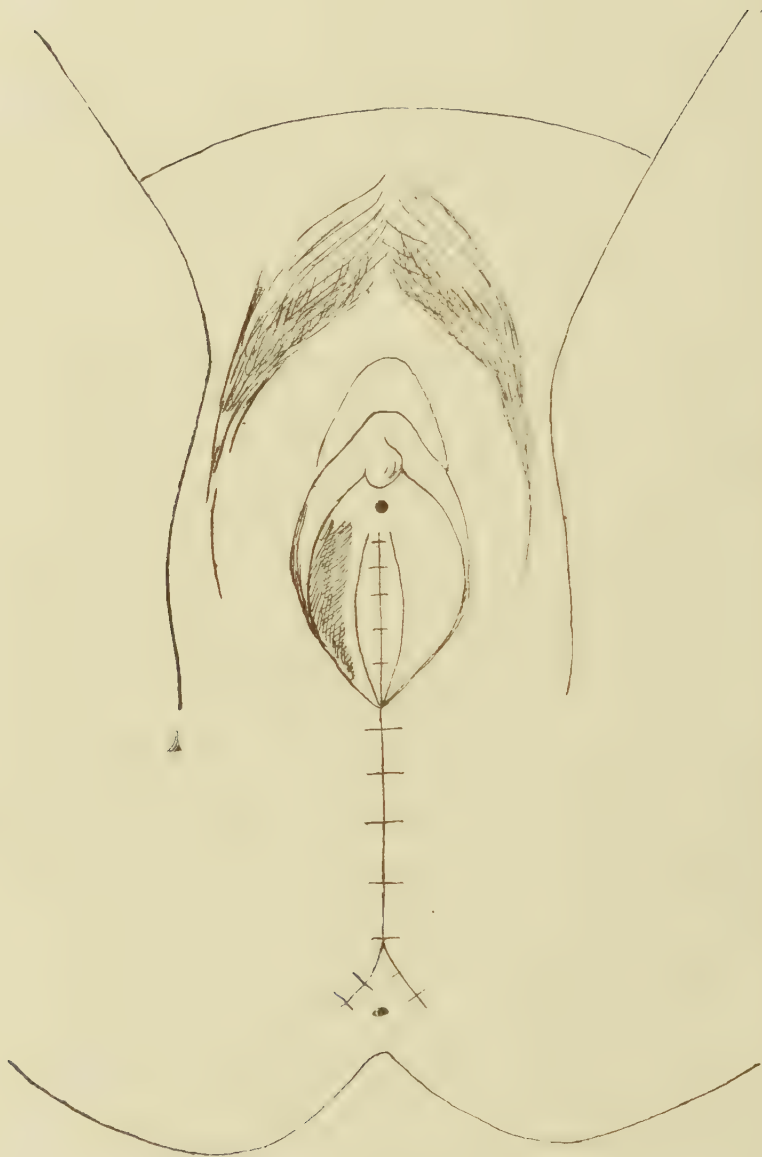


Fig. 12

FIG. 12. — Résultat de la colpectomie avec périnéorrhaphie combinée.

de ne pas s'adresser à un utérus vraiment malade. Avant tout elle doit être opportune, répondant à une indication bien précisée.

Complications

Il n'y a pas de complications, si nous négligeons l'hémorragie jamais bien forte, au cours du dépouillement; la formation possible d'un hématome secondaire, accident sans gravité et facile à prévenir par le drainage préalable; enfin la possibilité de suppuration d'un crin avec fistulisation, ce qu'on évitera en utilisant le catgut. Nous totalisons aujourd'hui 80 opérations, et nous y relevons un décès et une récurrence. Mais ni l'un ni l'autre ne paraissent vraiment imputables à quelque défaut de l'intervention et doivent en bonne justice ne pas être comptés. Nous devons en donner la raison : le décès concerne une opérée de Fellenberg rapporté dans les 30 observations de Bielhy. Nous en trouvons dans la thèse de Mlle Vera Krukowa l'explication suivante : « Il résulte des renseignements que le docteur de Fellenberg, chef de clinique du professeur Müller, a bien voulu fournir au docteur Koenig, qu'il sagissait d'une femme atteinte de démence sénile. Celle-ci outre son prolapsus avait une cystite; après l'opération qui ne présentait rien de particulier on ne put l'empêcher d'ar-

racher son pansement et de manipuler sa plaie avec ses doigts souillés d'urine.

Par suite l'infection se propagea au péritoine et la malade mourut de péritonite ».

La récurrence concerne une opérée de Müller dont le cas est rapporté par de Fellenberg dans le *Beitrag für Geberts. und Gynæk.* En plus de son prolapsus cette femme était atteinte d'inversion utérine et la muqueuse de l'utérus infectée. Müller négligea de pratiquer le curettage; il y eut suppuration et de ce fait récurrence qui demanda une deuxième intervention, celle-là couronnée d'un plein succès. Il s'agit donc là d'une récurrence incontestablement liée à un défaut de technique, à une faute opératoire, dont on ne saurait rendre responsable le principe même de l'opération. Nous croyons donc légitime de ne tenir compte ni du décès, ni de la récurrence, et affirmer que la colpectomie pratiquée dans la règle donne une mortalité nulle et 100 pour 100 de guérisons. Elle nous paraît donc mériter d'entrer dans la pratique et de devenir l'intervention de choix dans le traitement du prolapsus génital des femmes âgées; c'est l'opinion d'ailleurs de tous ceux qui la connaissent bien : Müller, Bielhy, Wormser, Papin, Krukowa, Gaston. L'américain Cumston, l'ayant pratiquée 3 fois après lecture et analyse de la thèse de Vera Krukowa écrit à son sujet : « Je suis très satisfait de cette intervention

qui n'offre pas de risques et est indiquée chez les femmes d'âge avancé ». C'est encore après lecture d'une analyse de la thèse de Vera Krukowa dans la Revue du Professeur Pozzi que Savariaud pratiqua l'intervention et put écrire en 1906 : « J'ai pu me convaincre que le résultat est excellent, et ma conclusion est d'ores et déjà que l'opération de Müller est simple, bénigne, efficace et mérite d'entrer dans la pratique. » Son opinion n'a fait que se renforcer dans la suite au fur et à mesure que son expérience en devenait plus étendue et en juin 1919 il pouvait dire : « La meilleure opération pour le prolapsus total, incoercible, chez la femme âgée dont la vie sexuelle est terminée, est la colpectomie totale ou opération de Müller. Je la crois plus bénigne et meilleure dans ses résultats que l'opération de Fritsch. » A la suite de la première communication de Savariaud, Papin, chef de clinique du professeur Albarran fut séduit par la description de ce procédé et l'appliqua à son tour à une femme dont le prolapsus avait récidivé après périnéorraphie. Il fut si satisfait du résultat qu'il inspira la thèse de Gaston le quel en 1910 conclue en ces termes : « C'est une opération efficace, jamais suivie de récurrence; c'est une opération sûre, sans aucune mortalité. » En 1911, le professeur Hartmann lui fait l'honneur d'une description dans son traité de Gynécologie opératoire, et voici ce qu'il en dit :

« On pourrait craindre que des sécrétions s'accumulent au dessus de la colonne cicatricielle; il n'en est rien, si on réserve l'opération comme le fait Müller aux femmes ayant dépassé la ménopause et si on fait précéder la colpectomie d'un curettage et d'une cautérisation avec de l'acide phénique fort de la cavité utérine » (1). Nous citerons enfin l'opinion du docteur Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, à l'obligeance de qui nous devons quelques observations et qui a bien voulu nous faire connaître ce qu'il pense de cette opération. Il l'a pratiquée 4 fois, et toujours avec succès, depuis la communication de Savariaud à la Société de Chirurgie; il la tient pour une intervention excellente, simple, bénigne, d'autant plus que lui aussi la fait toujours sous anesthésie lombaire; depuis qu'il l'applique au traitement de ces prolapsus il obtient d'excellents résultats, alors qu'auparavant il avait l'habitude de combiner une fixation abdominale avec une périnéoraphie pour obtenir seulement des résultats « moyens ». Il considère également qu'il est utile de drainer systématiquement le cul-de-sac restant pour éviter la production d'un hématome.

Il ne nous paraît pas suffisant d'affirmer à notre

(1) En 1908 un chirurgien de Nantes, Vignard, en rapporte plusieurs observations couronnées de succès, ainsi qu'en témoignent Labadie-Lagrave et Legueu en recommandant cette opération remarquable à la fois par sa bénignité et son efficacité.

tour, après ces divers auteurs, l'excellence de l'opération que nous soutenons. Nous voudrions essayer de le montrer : sans doute les observations que nous publions parleront mieux que nous, mais il est bon cependant de tracer un parallèle entre la colpectomie et les opérations rivales, de démontrer si possible sa supériorité sur elles, d'analyser et de réfuter les critiques qu'elle a subies.

ETUDE CRITIQUE

1° Le Mécanisme du prolapsus

Une rapide étude du mécanisme du prolapsus va nous montrer que le relâchement du vagin en est le facteur dominant, justifiant ainsi le procédé thérapeutique le mieux adapté à sa suppression. Le prolapsus n'est jamais d'apparition soudaine il se constitue toujours peu à peu, progressivement et dans son étiologie, nous relevons en général soit plusieurs accouchements, soit un seul, mais difficile. En outre, nous l'avons vu, il s'agit le plus souvent de femmes arthritiques, obèses, à parois infiltrées de graisse, à tissus musculaires dégénérés. Le plus souvent ces femmes sont astreintes à des professions pénibles exigeant de rudes efforts et la station debout prolongée. Ces données étiologiques générales sont de toute première importance, nous le verrons.

Quand on consulte les différents auteurs sur la question du mécanisme, on est frappé de la multiplicité des conceptions pathogéniques; les uns attribuant une importance prépondérante au relâ-

chement des moyens de suspension, les autres au contraire aux moyens de soutènement, d'où les deux grandes conclusions thérapeutiques : hystéropexie pour les premiers, périnéoplastie pour les seconds. Un troisième groupe, plus avisé, insiste sur la complexité du mécanisme où l'insuffisance des ligaments suspenseurs et des tissus de soutien interviendrait de façon égale d'où la nécessité d'opérations combinées fixant à la fois l'utérus et cherchant à le soutenir. Mais quel que soit pour eux le plus actif de ces éléments, c'est à cette action mécanique qu'ils attribuent le rôle dominant. Ulysse Trélat, cependant, signalait déjà la nécessité pour que les lésions mécaniques agissent, d'une prédisposition générale, individuelle et peut-être congénitale au relâchement des tissus. Pozzi y insiste également pour expliquer comment les mêmes causes : accouchements, grossesses répétées, efforts, agiraient sur certaines femmes et resteraient sans effet sur la plupart. Mais c'est surtout à Gustave Richelot que nous devons la mise en relief au tout premier plan de l'élément dystrophique. Le prolapsus est pour lui une infirmité « caractérisée par le relâchement des parois vaginales, leur descente progressive, leur tendance à faire saillie au dehors, et à perdre finalement tout droit de cité dans l'excavation pelvienne. Ce relâchement vaginal est un cas particulier du relâchement général des tissus fibreux qui caractérise le neuro-arthritisme ».

L'examen critique rapidement mené des conditions mécaniques du prolapsus doit nous conduire à conclure dans le même sens. On a incriminé l'augmentation du volume et du poids de la matrice : elle ne paraît pourtant jouer aucun rôle, car sept fois sur dix ces utérus sont atrophiques et du reste après l'hystérectomie, le vagin se retourne encore. C'est ensuite l'insuffisance des ligaments suspenseurs qui est accusée : certains les considèrent comme extrêmement résistants et par exemple Bastien et Legendre prétendent qu'une force de plus de 50 kilogr. est nécessaire pour abaisser le col à la vulve sur le cadavre. Nous ne savons pas quelle force il faut employer sur le cadavre, mais sur le vivant l'expérience clinique de tous les jours nous montre avec quelle facilité nous amenons le col par simple traction dès que nous avons écarté les parois du vagin. Les ligaments suspenseurs ne jouent dans le maintien de la statique utérine qu'un rôle de direction et non de suspension. Nous devons pourtant reconnaître que dans le cas qui nous occupe ils ont perdu leur élasticité, participant au relâchement général des tissus génitaux; si normalement ils interviennent à titre de ressorts, ici, comme le dit Pozzi, les ressorts sont forcés.

A la défaillance du soutien inférieur de l'utérus, à l'effondrement traumatique du plancher pelvien, la plupart des auteurs attribuent le principal rôle.

Les ligaments ronds et larges ne sont point tendus à l'état normal; c'est le vagin, lui-même soutenu par le plancher périnéal, qui assure la contention de la matrice. « Le diaphragme pelvien, dit le Professeur Forgue, a un centre anatomique, le corps périnéal, véritable point nodal sur lequel viennent se concentrer 2 anneaux brisés, 2 bagues musculaires ouvertes qui, ayant un point fixe opposé, ont une action adverse. L'une, la postérieure, constituée par le sphincter anal tire vers le coccyx, l'autre, l'antérieure, constituée par le sphincter vulvaire et le releveur tire vers le pubis; lorsque ces deux sphincters entrent simultanément en jeu, ils se font équilibre et constituent une sorte de sangle antéro-postérieure que vient croiser au niveau du périnée une bande musculaire transversale formée par le muscle transverse. Ainsi est formée une sangle en croix, qui tend à brider les organes placés au dessus. Sur un plan plus profond, le releveur constitue au vagin un vrai suspensor contractile. » Ce serait donc le relâchement, l'effondrement du périnée qui représenterait l'élément pathogénique essentiel du prolapsus. Sans aucun conteste ce rôle est de première importance et nous ne songeons pas à le diminuer, au contraire, puisque nous ajoutons presque à tous les coups une périnéorrhaphie à la suppression du vagin; mais nous ne croyons pas que l'effondrement traumatique du plancher péri-

néal soit la cause première et majeure; nous ne croyons pas non plus qu'il soit nécessaire.

Il suffit d'une dystrophie générale, de cet état de dégénération musculaire dont parle Trélat pour que des jeunes filles ou des femmes n'ayant jamais eu ni grossesses, ni distension, ni déchirure puissent avoir, comme le dit Richelot, « leur utérus entre les jambes ». Au contraire les exemples ne manquent pas, tous les auteurs en rapportent et nous en avons observé un beau cas, de femmes ayant des déchirures complètes, fendues du méat à l'anus, sans que jamais leurs parois vaginales ne se déplacent.

C'est dans le relâchement du vagin qu'il faut chercher l'élément dominant dans le mécanisme du prolapsus génital : mais ici encore il nous paraît secondaire à cette altération générale des tissus d'ordre dystrophique qui commande l'effondrement utéro-vaginal.

Modifications imprimées à l'appareil génital par la grossesse, traumatismes obstétricaux, accidents des suites de couches, troubles de l'involution, efforts et violences diverses, tous éléments mécaniques qui ne sont rien sans le trouble de la nutrition qui domine tout. Certes, comme le dit encore Richelot, « l'effondrement traumatique du plancher périnéal est un pas vers son effondrement physiologique », mais tout cela n'est pas l'essentiel. L'origine réelle du prolapsus doit être recherchée dans

l'état diathésique de la femme. Toutes les causes précédentes ne peuvent agir que chez les femmes prédisposées, et ces prédisposées peuvent avoir leur prolapsus sans accouchement ni grossesse.

« Car il est des femmes ainsi faites; elles ont une facilité de relâchement extraordinaire. Ces dégénérées du tissu musculaire, dont les auteurs décrivent la surcharge grasseuse, les vergetures, la flaccidité ligamenteuse et pariétale, sont tout simplement arthritiques. Elles n'ont rien de mystérieux; elles sont classées. C'est ce fameux tempérament bien connu en pathologie générale avec son cortège de ptoses diverses : hernies, abaissement du rein, troubles dyspeptiques, neurasthénie. Notons aussi que la migraine, l'eczéma, les douleurs articulaires, les points névralgiques, les varices, la constipation sont les petits maux qui, en plus de leur infirmité, leur donnent un air de famille et marquent leur tempérament. » (Richelot) (1).

Relâchement de tous les tissus, infiltration grasseuse, dégénération musculaire, ptoses viscérales multiples, méiopragie générale de toutes les grandes fonctions, voilà donc en résumé les caractères évidents de cet état morbide. Il nous rend compte de la complexivité du prolapsus utérin, il nous explique la raison du défaut d'involution, il nous fait

(1) « Il est logique et cliniquement vérifié d'incriminer l'hérédité, la débilité générale, le neuro-arthritisme. Il est réel qu'il s'agit là souvent de véritables dégénérées du tissu musculaire; cet état dystrophique est indéniable. » (FORGUE.)

comprendre la production possible de la procidence utérine en dehors de toute grossesse. Celle-ci n'en demeure pas moins un facteur étiologique de premier ordre.

Le prolapsus, formule Potocki, est « un stigmate de la maternité » ; il est une conséquence à échéance plus ou moins éloignée des modifications trophiques que la grossesse, l'accouchement et les suites de couches ont imprimées aux organes génitaux et au plancher pelvien.

On sait comment agit la grossesse : elle a pour effet de ramollir, de relâcher, d'hypertrophier non seulement l'utérus et ses ligaments, mais encore et au même titre le vagin, la vulve et le périnée, ce qui prépare et facilitera la sortie de l'ovoïde fœtal.

Les tissus périnéaux acquièrent une grande souplesse, qui permettra leur ampliation au moment du passage de la tête. La vulve également augmente ses dimensions et son élasticité ; la fourchette assouplie se prêtera à la distension que la grande circonférence va lui infliger.

Quant au vagin, il augmente dans toutes ses dimensions ; son allongement permet au second trimestre de la grossesse la facile ascension de l'utérus, et quand pendant le dernier trimestre l'utérus redescend, « *il se replie sur lui-même en accordéon* » (Auvard). Cette donnée est capitale et nous ne saurions trop la mettre en relief : que si, en ef-

fœtus, le défaut d'involution fixe le vagin en cette disposition vicieuse, nous y trouvons la clef du prolapsus génital.

L'accouchement vient ensuite apporter aux parties molles du canal pelvien le traumatisme physiologique que détermine le passage du mobile fœtal, auquel parfois s'ajoute un traumatisme thérapeutique.

Pendant le travail, la tête distend l'anneau aponevrotique qui cerce le col, ouvre la fente du releveur, écarte les faisceaux musculaires du plancher périnéal. Cette distension qui est normale peut se compliquer de déchirures et d'effractions, « à quoi s'ajoute l'élongation du canal génital dont les parois sont repoussées au devant du fœtus. » (Forgue). Le vagin « décolle » et glisse.

A ces lésions produites par le seul fait du passage naturel de la tête, peuvent encore s'ajouter celles autrement importantes et graves de l'accouchement dystocique et surtout du forceps. Celui-ci « pince destinée à extraire l'enfant hors des voies génitales, en ménageant autant que possible l'intégrité des parties maternelles et fœtales » (Demelin) ne les ménage malheureusement pas toujours. Il peut agir, écrit Demelin, sur le périnée et sur le vagin. Les lésions de la vulve et du périnée sont fréquentes surtout dans les prises obliques ou inversées, ou plus encore quand on exécute « sans

mesure et sans prudence les manœuvres qui élèvent ou abaissent les manches de l'instrument. » Mais les principales lésions viennent de ce qu'on met trop de hâte ou trop de force à extraire, ou encore de ce que la tête n'a pas encore exactement tourné dans l'attitude la plus favorable. Le dégagement en oblique et surtout en O. S est particulièrement menaçant à ce point de vue. »

Les lésions du vagin se rencontrent souvent dans des conditions analogues : l'abaissement ou le relèvement exagéré des manches peut fissurer longitudinalement les parois antérieure ou postérieure. « Mais c'est surtout le grand mouvement de rotation imprimée à une tête mal fléchie qui risque de blesser gravement le vagin. »

De ces lésions traumatiques du périnée et du vagin, les unes sont évidentes extérieurement, les autres sont cachées, masquées, « sous-cutanées ». Ce sont des périnées en apparence intacts, mais comme le dit Violet « ce n'est qu'une façade derrière laquelle il n'y a rien. »

Ces lésions vaginales et périnéales constituent pour le prolapsus une sérieuse amorce mais elles ne suffisent pas à le créer.

Après l'accouchement, se fait dans la période des suites de couches le travail d'involution qui rend aux organes leur volume et leur ton normaux, corrigeant les altérations de la grossesse. Dans la règle

chez une femme saine et bien portante ce travail de régression est accompli au bout de 5 à 6 semaines; mais c'est surtout pendant les 10 premiers jours qu'il est plus actif, et il n'est pas douteux qu'un lever trop précoce ne soit susceptible de le troubler quelque peu.

Mais chez les femmes atteintes de ce trouble diathésique général, de cette dystrophie tissulaire dont nous avons parlé, chez ces femmes que Pajot disait « molles, blondes, lymphatiques et grasses » il suffit de peu pour enrayer la marche de cette involution. Alors les altérations restent fixées, s'aggravent même à chaque nouvelle gravidité. Puis avec l'âge, si l'utérus s'atrophie, le vagin au contraire s'affaisse et se relâche de plus en plus, et voilà constituée la cause fondamentale du prolapsus, que favorise encore, bien entendu, l'effondrement périnéal.

Malgré que quelques auteurs aient pu accuser la matrice elle-même, l'immense majorité reconnaît la nécessité d'incriminer le vagin : « Le vagin s'agrandit, se distend et se déroule, entraînant l'utérus à sa suite » (Schwartz et Mathieu). « C'est le déroulement du vagin relâché qui est l'élément initial, constant, nécessaire et dominant : c'est lui qui commande tous les autres, chute de la vessie, chute du rectum, abaissement de l'utérus » (Pozzi). « Dans l'immense majorité des cas, la chute du va-

gin précède l'abaissement de l'utérus, et l'entraîne au bout d'un temps plus ou moins long comme phénomène secondaire » (Labadie-Lagrave et Leguen).

« C'est toujours le vagin qui tire et jamais l'utérus qui pousse » (Richelot).

« C'est là le fait capital, c'est le glissement, le déroulement, l'éversion du vagin qui commence; l'utérus ne s'abaisse que secondairement » (Forgue).

Cette éversion du vagin commence toujours et elle est plus marquée au dépens de sa paroi antérieure. Cela tient à ce que le vagin est obliquement couché sur le périnée, d'arrière en avant et de haut en bas : dans ces conditions pour peu que la béance du canal soit exagérée la paroi antérieure aura tendance à descendre d'autant plus facilement que c'est elle qui subit le plus directement l'effet de la pression abdominale. Et naturellement cette chute est favorisée par l'éculement du périnée qui ne soutient plus la paroi vaginale postérieure que le releveur n'attire plus vers l'avant. Cet éculement périnéal a un autre effet signalé par Pozzi : il permet la béance de la vulve et par elle l'accès de l'air dans le vagin. Celui-ci en distend les parois et dédouble pour ainsi dire la résistance du plancher périnéal. « Si le vagin qui est un canal creux, nous dit Forgue, réalise à l'utérus son seul soutien effectif, c'est parce que normalement ses deux parois sont accolées, sa

cavité est virtuelle; que si, au contraire, ces parois ne s'accolent plus, si la cavité devient réelle, l'utérus ne sera plus tenu et le glissement du vagin l'entraînera dans sa chute. »

Nous pensons en avoir assez dit sur la pathogénie du prolapsus génital, pour pouvoir maintenant discuter sa thérapeutique et dégager l'opportunité de l'intervention que nous croyons devoir soutenir. Nous pensons avoir suffisamment établi le rôle fondamental qui appartient au relâchement du vagin, souvent complété par l'effondrement du périnée. Il nous paraît donc légitime d'admettre déjà *a priori* et par la seule logique la supériorité évidente des opérations s'adressant au vagin : « Il faut rendre aux parois vaginales leur solidité » disait Ulysse Trélat, et rappelons encore la conception fondamentale du professeur Le Fort : « Si l'on pouvait maintenir au contact les parois vaginales opposées, tout prolapsus deviendrait impossible. »

L'opération que nous soutenons, complétée, le cas échéant, par la périnéorrhaphie, nous paraît réaliser avec la plus grande simplicité, la plus sûre efficacité et le minimum de risques, cet essentiel de *sideratum*. Nous allons avoir à examiner les critiques qui lui sont faites, à étudier comparative-ment les autres interventions proposées, à faire surtout un parallèle entre la colpectomie et la colpo-hystérectomie. Mais auparavant voyons rapide-

ment, pour montrer leur infériorité, les autres procédés dirigés uniquement contre le relâchement du vagin. Entendons bien d'ailleurs infériorité relative, par rapport à la colpectomie, car toute opération destinée à agir sur le vagin nous paraît au moins en principe supérieure à celles qui s'adressent au seul utérus ou au seul périnée.

Nous ne reviendrons pas sur l'opération de Le Fort; nous rappelons seulement qu'elle s'est montrée insuffisante d'où l'amélioration par résection plus large apportée par Hartmann, par Juvara, par Chavannaz. Les résultats en seraient bien meilleurs, mais s'ils sont dûs à l'élargissement de la résection vaginale, n'est-ce pas la confirmation de notre thèse qui soutient l'utilité d'une résection presque totale ? C'est encore un pas vers elle que réalise l'intervention imaginée par Velpeau et par l'anglais Baker Brown et dont Octave Terrillon a réglé et décrit la technique en 1893 : il s'agit d'une colporraphie dite multipliée qui consiste à inciser sur les parois vaginales toute une série de petits quadrilatères qui successivement suturés finissent par réduire le calibre du vagin à un étroit couloir cicatriciel. Il faut reconnaître que telle intervention est autrement difficile et complexe que le simple dépouillement de Müller pour un résultat non supérieur.

Ces divers procédés tendent à rétrécir le vagin;

d'autres, à la suite de Péan, cherchent à le fixer. Ce chirurgien, en 1893, comprenant bien lui aussi que la cure du prolapsus utérin doit être obtenue par le vagin proposait le capitonnage de cette cavité. Il le réalisait par des points de capiton unissant les parois vaginales aux tissus voisins, « comme on le fait pour l'étoffe d'un matelas ». L'idée est certainement ingénieuse et le vagin ainsi fixé ne semble pas pouvoir continuer à se dérouler. Mais pareille technique a le défaut d'être aveugle et dangereuse car on risque de léser les organes voisins.

Un procédé du même ordre est celui de Goubaroff qui se propose en suturant la paroi postérieure du vagin à la partie du plancher pelvien qui est en arrière de lui, de constituer un plan incliné qui soutienne l'utérus, l'empêche de descendre et au contraire le refoule vers le haut.

De tous ces procédés nous voulons surtout retenir l'idée, à notre sens maîtresse, que pour s'opposer au prolapsus il faut agir sur le vagin. *Il ne peut pas y avoir de moyen plus sûr et plus simple que de le supprimer*; la colpectomie mérite d'être considérée comme la thérapeutique idéale puisqu'elle enlève avec le facteur pathogénique essentiel toute possibilité de récurrence; il est bien heureux que nous puissions ainsi agir sur l'élément mécanique principal, puisque nous n'avons pas beaucoup de moyens pour modifier l'état diathésique,

cause première et dominante du relâchement. Celui-ci constitué, le prolapsus en devient la conséquence inéluctable; s'il n'existe pas de moyens pour en empêcher la cause, la colpectomie a du moins sur tous les autres procédés opératoires l'avantage incontestable d'en supprimer radicalement l'effet.

Cette opération cependant n'a pas échappé à la critique : à peine connue elle a été volontiers méconnue et souvent condamnée. D'aucuns lui reprochent de ne répondre qu'à des indications très exceptionnelles : nous prétendons qu'au lieu d'un défaut c'est une qualité. Un médicament quel qu'il soit n'a-t-il pas d'autant plus de valeur qu'il est spécifique ? Les procédés opératoires sont les médicaments chirurgicaux, ils sont d'autant meilleurs que leurs indications sont plus limitées. L'opportunité de l'indication thérapeutique, a dit Forgue, est la seule garantie du succès.

On a dit encore qu'il n'était pas sans danger de refouler un utérus en cavité close, que ces prolapsus sont toujours compliqués de métrite et qu'on risque la pyométrie (1). Cette crainte est chimérique et jamais pareille complication n'a été notée. Nous avons vu d'ailleurs ce qu'il faut penser de cette prétendue métrite. Au surplus nous avons dit

(1) Les auteurs signalent le danger de Pyométrie à la suite d'une erreur de transcription d'un passage de Wormser qui écrivait « *in Keinem Fall* », c'est-à-dire jamais, ce qui a été transcrit « *in einem Fall* », c'est-à-dire une fois.

la nécessité en cas de doute de curettage préalable, celui-ci vraiment rarement indiqué. Enfin l'intervention reste formellement contre-indiquée, nous l'avons vu, quand l'utérus est malade; ces cas-là sont naturellement justiciables de l'hystérectomie.

Une autre critique possible viserait les inconvénients d'un hématome suppuré secondaire : cette petite complication s'est produite quelques fois : elle n'a jamais été grave, et n'a jamais compromis le résultat; il est facile de l'éviter par le drainage systématique.

Dans l'esprit de son créateur la colpectomie supprimerait à tout jamais et d'une façon absolue la possibilité du coït. Est-ce là un inconvénient sérieux ? Il semble que non, car pareille intervention ne s'adresse qu'à des femmes âgées qui ont définitivement renoncé à tout rapport sexuel. D'ailleurs sur ce chapitre nous nous séparons de Müller et de Wormser : toutes nos opérées ont conservé un rudiment de vagin toujours assez profond pour admettre un pénis, à supposer qu'elles tiennent encore à quelque coït. Hypothèse peu vraisemblable, mais qui doit cependant être prise en considération. Et, en tout état de cause, est-il de règle absolue de prévenir les malades que la guérison de leur infirmité ne peut être obtenue que par le sacrifice du vagin et de ses fonctions.

Sous la réserve donc de ses indications limitées,

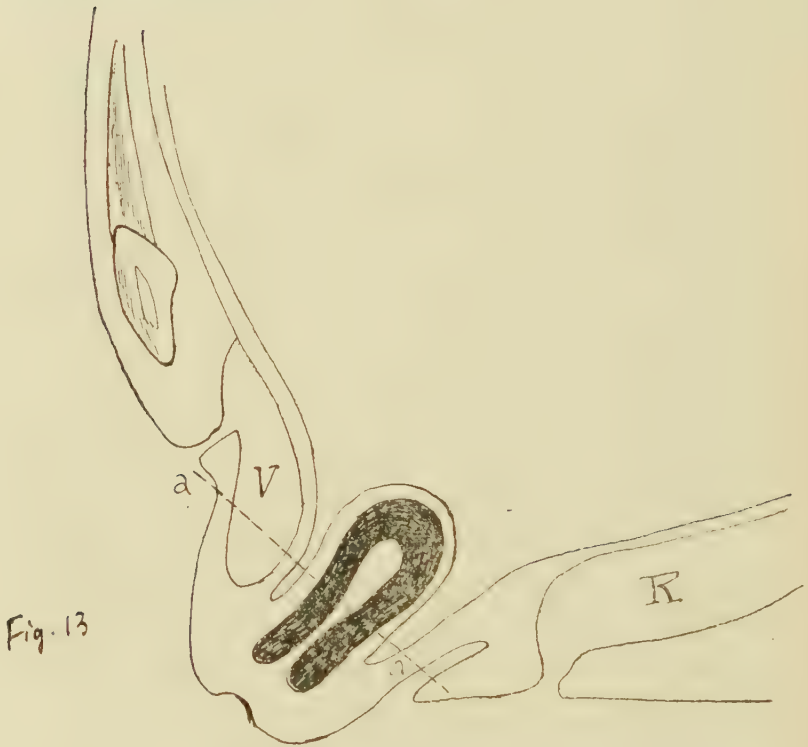


Fig. 13

FIG. 13. — Cette figure, en partie d'après Savariaud, est destinée à montrer que le déroulement du vagin est toujours moins complet en arrière qu'en avant; d'où l'existence constante d'un cul-de-sac dans la zone où la muqueuse vaginale va se continuer avec la peau du périnée. Ce cul-de-sac échappe au dépouillement, si haut qu'on le pousse; c'est lui qui devient le rudiment du vagin survivant à l'opération et capable de permettre le coït, d'autant que secondairement la rétraction cicatricielle le tire en haut et augmente sa profondeur.

l'opération de Müller-Savariaud se montre excellente; aux observations déjà publiées nous en ajoutons un nombre, faible encore, mais intéressant, les unes provenant de la clientèle urbaine de notre Maître Savariaud, les autres du service de Beaujon, les autres dûes à la bienveillante obligeance des docteurs Michon et Dujarier. Nous pouvons ainsi établir la statistique actuelle de la totalité des opérations connues :

Müller, Wormser, Bielhy, Fellenberg, Krukowa 25

24 succès et un décès non opératoire.

Freund	3 cas	3 succès
Stoker	1 cas	1 succès
Brœn	1 cas	1 succès
Cumston	3 cas	3 succès
Clinique de Deglin	20 cas	20 succès
Savariaud	10 cas	10 succès
Michon	1 cas	1 succès
Dujarier	3 cas	3 succès
Pflantz	8 cas	8 succès
Papin	1 cas	1 succès
Martin	1 cas	1 succès
Bümm	1 cas	1 succès
Vignard	2 cas	2 succès

Soit en ne tenant pas compte du décès indépendant de l'opération, 80 succès pour 80 opérations.

Prenant alors à notre tour le crible de la critique nous allons essayer de montrer l'infériorité des autres moyens thérapeutiques proposés.

Il en existe une infinité; elle tient évidemment à l'interprétation différente que chaque auteur donne du mécanisme du prolapsus. « Les uns, en effet, mettent en première ligne l'insuffisance des agents de contention, les autres celles des agents de suspension, d'autres enfin admettent la solidarité d'action de ces deux ordres de facteurs. D'où la multiplicité des méthodes opératoires employées isolément ou diversement associées » (Pichevin et Bonnet).

Nous n'insisterons pas sur les pessaires, hystérophores compliqués, constituant, comme l'exprime Forge, « un véritable harnais embarrassant, susceptible de macération et d'érythème. » Il n'est qu'un pis-aller qui peut cependant rendre des services chez des malades réfractaires à toute opération.

Le massage est très en honneur dans certains pays étrangers, sous le nom de méthode de Thure-Brandt. C'est ainsi que l'Allemand Von Premchen prétend guérir en 30 séances des prolapsus complets : cette assertion demanderait contrôle, et il nous semble difficile d'admettre que le massage soit capable de modifier à tel point une infirmité aussi accusée. Nous n'avons personnellement au-

cune pratique de cette méthode, et en France elle est encore fort peu employée, encore qu'elle ait trouvé avec Stepfer un défenseur enthousiaste. Cet auteur la préconise, associée à la gymnastique et considère qu'elle est capable sinon de toujours guérir, du moins de créer à l'intervention des conditions plus favorables en améliorant les tissus. Le Professeur Pinard la recommande également avec chaleur comme une « méthode incomparable, capable de donner des résultats surprenants ». Avec Pauchet nous considérons que la kinesithérapie ne peut pas guérir le prolapsus tel que nous l'entendons, mais elle demeure un auxiliaire précieux. L'effondrement général du muscle étant, nous le croyons, la cause dominante de l'infirmité, les malades ne peuvent que retirer un bénéfice immense d'une thérapeutique raisonnée et simple qui stimule leur circulation, régénère leurs muscles et tonifie leurs tissus. Elle sera le complément heureux de l'acte opératoire. Mais il faut reconnaître aussi que pareil traitement ne s'applique guère à la clientèle hospitalière, et l'application en est souvent quelque peu malaisée.

L'Hystéropexie

Un des procédés les plus en honneur et pendant longtemps, de traitement opératoire du prolapsus est l'hystéropexie, d'ailleurs pratiquée sous des formes multiples. Elle dérive de cette idée par trop simpliste : remonter et suspendre la matrice des-

cependue. Mais ce que nous savons de la pathogénie du prolapsus nous montre à quel point cette conception est fautive et nous fait prévoir *a priori* l'insuffisance de cette méthode. Nous allons voir que les résultats en sont presque toujours mauvais. C'est à Léopold et à Terrier que semblent revenir la priorité de cette conception thérapeutique appliquée à la cure du prolapsus; depuis les procédés et les variations se sont multipliés presque à l'infini : les uns attachent le corps de l'utérus lui-même à la paroi abdominale antérieure, les autres son isthme, les autres ses cornes. C'est sur ses ligaments que d'autres veulent agir en les raccourcissant par la voie extra-péritonéale ou par la voie abdominale, en les fixant parfois au travers de la gaine des muscles droits. Tous ces procédés appliqués à la cure du prolapsus vagino-utérin sont aussi mauvais les uns que les autres; les résultats sont « détestables », tous les chirurgiens en conviennent. La fixation de l'utérus, même réalisée par l'intermédiaire de ses ligaments ronds à la manière de Doléris, si elle demeure l'intervention de choix contre les retrodéviationes est inopérante contre le prolapsus. Le vagin se déroulera de nouveau et quand même et finira par entraîner l'utérus : « L'issue du vagin relâché au travers de la vulve ne saurait être justiciable de la fixation de la matrice » (Pozzi). « Il faut pour accrocher l'utérus et

l'empêcher d'obéir aux tractions qu'exerce sur lui la paroi vaginale procidente une toute autre force que pour redresser son axe » (Richelot). « Ces opérations n'offrent aucune garantie » (Labadie-Lagrave et Legueu). « Elle est absolument insuffisante » (Forgue). « C'est planter un clou dans une tapisserie » (Trélat).

L'opinion des chirurgiens étrangers ne paraît pas non plus favorable à l'hystéropexie pour le prolapsus : Mangiagalli la rejette, Kelly en conteste formellement la valeur, Müller sur 15 cas n'a eu que de mauvais résultats. Schrøder, Hofmeier, Freund, Fehling ne signalent guère que des succès.

Les constatations de Polaillon sont particulièrement instructives. Partant de l'idée théorique que le prolapsus est dû au relâchement des ligaments suspenseurs, il considère que l'hystéropexie devrait être a priori l'intervention de choix, mais sa conclusion est diamétralement opposée car il constate sur 4 opérations un demi-succès (obs. 173), deux échecs (obs. 171 et 174), et un décès (obs. 175).

Devant l'échec habituel de cette méthode certains chirurgiens ont imaginé d'autres moyens de fixation : Byford essaie de réaliser la vaginopexie combinée au raccourcissement des ligaments ronds; Vlacoz, Dumoret, Tuffier prétendent suspendre le vagin par l'intermédiaire de la vessie, que Paul Petit propose de fixer indirectement en raccourcis-

sant l'aponévrose ombilico-pelvienne. Enfin Picqué, dans la thèse de Lacaze, soutient un procédé de colpopexie indirecte par fixation des cornes utérines à l'anneau inguinal. Kocher, devant l'échec répété des divers modes d'hystéropexie pratique une sorte de marsupialisation de l'utérus : l'abdomen est ouvert, la matrice extériorisée, le péritoine de l'incision fixé au voisinage de l'isthme. Les muscles droits et les aponévroses rapprochés étranglent l'utérus immédiatement au dessous de son isthme; l'opération terminée le corps de l'utérus est sous la peau et l'on sent sa saillie sous les téguments. Cette intervention, pour le moins bizarre, maintiendra sûrement l'utérus mais n'empêchera pas la chute du vagin.

L'opération de Wertheim-Schauta

Wertheim et Schauta réalisent la fixation de l'utérus au vagin par une incision inter-vésico-vaginale. Leur opération consiste à basculer le fonds utérin à travers une colpotomie antérieure et à l'inclure, après section tubaire, dans le dédoublement de la cloison vésico-vaginale. Forgue et Massabauu considèrent cette opération comme très recommandable, grâce à la mise en tension du vagin par le col reporté en arrière, et parce que l'utérus ainsi inclus forme une véritable pelote herniaire, un pessaire vivant qui soutient la vessie. Mais ils se hâtent

d'ajouter qu'il faut « que cette attache elle-même soit soutenue par un solide support vagino-périnéal; une bonne colpo-périnéorrhaphie est la condition d'efficacité. »

Loison, dans sa thèse, considère que l'opération de W. S. n'est indiquée que dans les grosses cystocèles avec peu ou pas de prolapsus utérin. Dans ces conditions elle donne 86 % de succès. Richelot la critique violemment en ces termes : « Quelle singulière conception ! Si les procédés qui fixent l'utérus ou le vagin à des parties plus élevées sont précaires, à cause de la flacidité des points d'attache et du relâchement progressif des adhérences créées par le chirurgien, que dire de ceux qui fixent l'un à l'autre utérus et vagin, deux organes flottants et mobiles ? »

En somme la question de l'hystéropexie est aujourd'hui jugée : vouloir par elle traiter le prolapsus est aussi irrationnel que de proposer une entéropexie comme traitement de la hernie.

Les Périnéorrhaphies

L'immense majorité des auteurs considère la périnéorrhaphie comme le procédé thérapeutique de choix : il faut s'entendre d'abord sur le sens de ce terme et distinguer la périnéorrhaphie simple qui consiste uniquement à refaire la sangle périnéale, ce que Lawson-Tait appelait l'élongation du péri-

née, et la colpo-périnéorrhaphie qui associe à cette réfection une résection vaginale.

La première ne vaut rien contre le prolapsus : elle ne peut arriver en effet qu'à occlure le vagin par en bas, et au-dessus de cette fermeture d'ailleurs incomplète, le canal relâché, « en accordéon », gardera sa tendance invincible à la chute. De nouveau ses parois se dérouleront, et de nouveau le vagin prolapsé entraînant l'utérus forcera l'ouverture vulvaire et sortira au dehors. C'est exactement comme si, dans la cure radicale d'une hernie, on se bornait à refaire la paroi sans réséquer le sac. Et puis nous avons vu qu'il est des prolapsus avec périnée intact; que signifierait en pareil cas la périnéorrhaphie ?

Tout au contraire la colpo-périnéorrhaphie qui ajoute à la réfection du périnée une résection large des parois antérieure et postérieure du vagin, est, à n'en pas douter, une opération excellente. Si elle ne compte pas peut-être autant de succès que ne l'affirment les Allemands, avec Hegar, Cohn, Schröder, elle en a cependant un si grand nombre à son actif que l'on s'explique sa grande faveur indiscutablement justifiée. Elle demeure l'intervention de choix chez les femmes encore jeunes chez qui l'occlusion du vagin ne saurait être un instant envisagée : elle est incomparable au point de vue restaurateur. Cependant le fait seul, de constatation



Fig. 14

FIG. 14. — Cette figure, d'après deux figures d'Auvard combinées montre que malgré la fermeture du périnée en bas, le vagin reste relâché en accordéon et que le prolapsus se reproduira (schématique).

banale à force d'être évidente, qu'elle doit son succès à la résection vaginale beaucoup plus qu'à la réfection du périnée, nous indique déjà que le résultat sera d'autant meilleur que la résection sera plus étendue. Nous savons en effet que la récurrence se produit pour peu que cette résection ait été trop économe. N'est-ce pas précisément la justification de la colpectomie totale chez les malades qui n'ont plus aucun besoin de leur vagin ?

Il nous semble que c'est prendre contre les dangers de la récurrence une garantie plus sérieuse qu'en ajoutant à la myorraphie postérieure classique une myorraphie antérieure à la manière de Delanglade, Groves et Chaput, technique reprise par Salvamarcadé. Ce complément, d'ailleurs, séduisant à première vue ne nous paraît pas rationnel : le but d'une réfection périnéale est, semble-t-il, de reconstituer la disposition anatomique normale. Or, il n'existe pas normalement de raphé musculaire en avant du vagin, au dessus du plan du constricteur vulvaire. Au contraire les branches du releveur en s'écartant pour gagner les pubis laissent libre l'espace connu sous le nom d'hiatus genitalis. A quoi peut, en outre, servir cette raphie antérieure ? Regardons la coupe sagittale du périnée et nous verrons que le soutien de la paroi antérieure du vagin est uniquement réalisé par le plan incliné de la paroi postérieure, fortement tirée en avant et en

haut par la sangle retro-vaginale du releveur : si celle-ci vient à faillir la paroi antérieure doit nécessairement descendre. Si, au contraire, elle est largement réséquée et solidement maintenue par l'épéron du releveur ré-arcbouté, toute descente devient impossible.

Aussi a-t-on pu dire que la valeur pratique de la Myorrhaphie antérieure est médiocre, et nous devons reconnaître qu'elle est encore d'exécution malaisée; les bords musculaires sont parfois tellement grêles que presque introuvables ou ne comportant qu'un affrontement sans solidité : les fils coupent leur prise. Elle paraît par contre justifiée dans les cas d'ailleurs exceptionnels de cystocèle compliquée d'une véritable hernie, ainsi que l'ont montré Violet et Bonnet.

En conclusion la colpo-périnéorrhaphie classique, traitement de choix des prolapsus légers et du prolapsus complet des femmes encore jeunes, devant son succès à la résection vaginale, doit céder le pas à la colpectomie totale avec périnéorrhaphie, si besoin est, dans les prolapsus des femmes âgées.

L'Hystérectomie

On a voulu guérir le prolapsus par l'hystérectomie, et la priorité de cette tentative paraît appartenir à Choppin. Pour se débarrasser de l'utérus pro-cident, le plus simple n'est-il pas de l'enlever ?

D'autant plus qu'il est tentant d'enlever sans apparente difficulté cet organe prolapsé qu'on a dans la main; on opère constamment hors de la vulve, on a toutes les parties sous les yeux, on pince les vaisseaux, on les ligature de visu : c'est a priori la plus simple des hystérectomies. Il est donc naturel que cette tentation ait séduit beaucoup de chirurgiens. Comme Müller en Suisse, Richelot en France adopta d'abord cette méthode, mais il en revient rapidement car ses opérées récidivent; estimant alors cette idée « naïve » il décide de réserver l'hystérectomie aux cas où l'utérus présente des lésions positives, quand survient en 1893 la discussion à la Société de Chirurgie où Quénu soutient que la procidence utérine en est justiciable sans le secours de l'anaplastie vaginale. « Ayant alors, dit Richelot, 6 observations dont deux malades perdues de vue, et 4 récidives, nous avions donc quelque raison pour ne pas partager la confiance de Quénu. »

Faisant suite à la communication de Quénu, nous trouvons dans les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de 1894 l'étude critique de Hartmann et W. du Bouchet : ces auteurs commencent par rapporter deux observations, la première ayant trait à une femme chez qui l'hystérectomie n'empêche pas la récurrence, la seconde dut sa guérison à une colpectomie associée. Puis ils présentent le tableau synthétique des hystérectomies faites pour prolapsus

avec leurs résultats, et en dégageant les intéressantes conclusions suivantes : — 1° L'opération n'est ni toujours aussi simple, ni toujours aussi bénigne qu'on veut bien le dire. 2° Il est nécessaire de joindre à l'ablation de l'utérus des opérations plastiques sur le vagin et sur le périnée. — « La chute de l'utérus n'est pas, disent-ils, comme le voulait Huguier, le simple résultat d'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col; ce n'est qu'un élément plus ou moins important de cet ensemble pathologique décrit sous le nom de prolapsus utérin; il y a dans cet ensemble une série de lésions complètement indépendantes de l'état utérin : relâchement et allongement du vagin, laxité des moyens de fixité, déchirure du périnée, etc., toutes lésions qui ne seront nullement modifiées par l'ablation de l'utérus. Après elle il persistera des parois vaginales d'une ampleur exagérée, mal fixées, toujours prêtes à se dérouler. »

Le non valeur de l'hystérectomie, tant abdominale que vaginale est d'ailleurs proclamée par la très grande majorité des auteurs; nous connaissons l'opinion de Richelot; Pozzi conclue dans le même sens; Legueu et Labadie-Lagrave affirment que « l'hystérectomie à elle seule est incapable de guérir un prolapsus utérin ». Enfin, écrit Forgue, « la suppression de l'utérus n'a aucune action contentive sur le prolapsus vaginal. »

L'échec incontestable de la seule hystérectomie a conduit les chirurgiens à lui associer une suspension du vagin soit directement, colpo-cystopexie de Pierre Delbet, soit pas l'intermédiaire du moignon utérin. Legueu l'attache à l'angle inférieur de la plaie abdominale; Jacobs pratique une trachelopexie ligamentaire fixant le moignon supra-vaginal suturé aux pédicules des ligaments larges; c'est également aux ligaments larges réunis en sangle sur la ligne médiane que Quénu fixe le vagin. Cet auteur comparant les ligaments larges à des lambeaux autoplastiques, admet qu'ils doivent se rétracter vers leur base, c'est-à-dire vers l'enceinte pelvienne et compte sur eux pour suspendre le vagin.

« Malheureusement, remarque Richelot, les ligaments larges ne sont pas des lambeaux autoplastiques; ils sont flasques, obéissants et se laissent attirer au dehors par le vagin ou l'utérus avec une désespérante docilité. C'est se donner bien de la peine pour attacher le vagin à des liens peu solides, en laissant persister les vraies causes du prolapsus. »

La Colpo-Hystérectomie

L'hystérectomie combiné à la colpectomie suivant la technique de Fritch et de Pozzi est au contraire fertile en succès; mais comme le fait remarquer Pozzi lui-même la colpectomie est le temps

nécessaire et fondamental .Cette opération agit par la suppression du vagin et non pas de l'utérus, qui demeure au moins inutile, sauf dans certains cas exceptionnels. Cette opération vient d'être remise en question, reprise et soutenue surtout par Desmarests. Elle a fait l'objet de discussion à la Société de Chirurgie, elle a été étudiée et défendue dans la thèse de Bretégnier. Voici les conclusions de cet auteur, nous verrons combien elles sont faciles à réfuter en ce qui concerne la suppression de l'utérus.

« Cette opération est relativement bénigne,..... sa technique est relativement facile..... elle ne paraît pas présenter sensiblement plus de gravité que l'opération de Müller ». A qui veut lire avec attention, ces deux « relativement » et ce « sensiblement » contiennent toute la critique. Nous prétendons en effet que puisque la colpectomie suffit, il n'y a aucune raison pour supprimer l'utérus quand il n'est pas malade; bien que « relativement bénin » et relativement facile » ce complément opératoire nous paraît présenter une part suffisamment grande de difficultés et de dangers. La comparaison qu'établit Bretonnier avec la cure radicale d'une hernie est fausse : avons-nous l'habitude quand nous la pratiquons de supprimer de parti pris le viscère hernié ? La résection du sac et la reconstitution anatomique de la paroi suffisent

pour ainsi dire toujours, sauf les cas rares de lésions intestinales dans l'étranglement. Nul ne s'avise de pratiquer une entérectomie sans raison, encore que cette intervention soit devenue aujourd'hui relativement bénigne.

A la vérité quelque simple que paraisse l'ablation par la voie basse de cet organe extériorisé et qu'on a dans la main, il ne faut pas la tenir ni pour tellement facile ni pour tellement bénigne : l'hémorragie peut constituer une difficulté sérieuse que plusieurs opérateurs, dont Pozzi, ont eu à combattre, elle se produit pendant le décollement de la vessie et semble dûe à la vascularisation plus ou moins variqueuse de ces utérus toujours enflammés, et à l'artério-sclérose dont sont atteintes la plupart de ces malades; Schwartz a trouvé une fois l'utérine ayant le volume d'une humérale. L'ouverture de la vessie, l'infection du péritoine sont encore des dangers réels.

Pozzi disait l'hystérectomie formellement contre-indiquée « chez les malades débilitées chez qui on doit toujours préférer une opération plastique. » Il ne faut pas perdre de vue, dit Forgue, que « chez les femmes de cette catégorie à cœur gras, à nutrition ralentie, souvent atteintes d'emphysème ou de sclérose cardio-rénale, cette intervention n'est pas sans risques, encore que la rachianesthésie paraisse l'avoir simplifiée et améliorée. » Enfin les

statistiques de Zolonisky, celles de Hartmann et Dubouchet, celle de Polaillon nous font voir que pour ne pas être très grande la mortalité pourtant est loin d'être nulle.

Nécessaire et suffisante, facile et sans dangers, la colpectomie avec ou sans périnéorrhaphie combinée nous paraît être l'intervention de choix. L'hystérectomie toutefois reste naturellement indiquée chaque fois que l'utérus prolapsé ou ses annexes sont atteints de lésions positives, ou que malgré le repos, la diététique et les soins locaux, le prolapsus demeure irréductible, incoercible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(publiée dans les *Annales de Chirurgie et d'Obstétrique*
de novembre 1906).

Madame B., 55 ans; veuve, n'ayant jamais eu d'enfants, domestique, entre à Lariboisière dans le service de M. le docteur Reynier pour se faire opérer d'un prolapsus très gênant. Il s'agit d'une chute complète de l'utérus qui pend entre les cuisses de la malade dès que celle-ci se met debout. L'organe d'ailleurs est sain, plutôt petit et indolent ainsi que les annexes. A noter seulement une ulcération du museau de tanche produite par les frottements continuels. La muqueuse du vagin est cutisée. La malade ne souffre pas, mais elle est très gênée pour son travail et demande à être soulagée.

Le 22 janvier je (Savariaud) pratique sous chloroforme l'opération de Müller, c'est-à-dire la colpectomie totale avec conservation de l'utérus. Le col qui est très petit étant fixé avec des pinces et attiré fortement au dehors, je sectionne circulairement le vagin au ras de la vulve. Toute la partie inscrite dans la circonférence est disséquée jusqu'au museau de tanche. A ce niveau l'adhérence de la muqueuse d'une part, l'ulcération de cette dernière d'autre part, me décident à trancher dans le muscle lui-même. J'excise ainsi quelques millimètres du museau de tanche. Hémorragie très modérée; 4 ou 5 catguts font l'hémostase.

La fermeture du vagin est faite de la façon suivante : D'abord le vagin dépouillé de la muqueuse est columnisé par 4 fils en bourse qui affrontent ses parois cruentées après refoulement du col dans la profondeur. Ce temps de l'opération a pour but de transformer le vagin en une colonne fibreuse longue et mince et de faire disparaître l'espace mort qui résulte de son refoulement. Le second temps consiste à réunir sur la ligne médiane les lèvres de l'incision circulaire du vagin par un surjet continu au catgut.

L'opération a duré en tout 30 minutes. Les suites ont été des plus simples et l'opérée est sortie de l'hôpital au bout de 21 jours.

Revue le 16 juillet : interrogée, elle répond qu'elle va bien mais qu'elle éprouve parfois une douleur sourde du côté gauche; elle ne peut dire d'ailleurs si cette douleur n'existait pas avant l'opération.

L'examen montre une vulve béante qui pendant l'effort mesure 3 centimètres dans un sens et 2 centimètres dans l'autre. A travers cette vulve bombe légèrement la paroi vaginale antérieure sur laquelle on remarque une cicatrice. Cette cicatrice a un peu cédé en ce sens qu'elle n'est pas linéaire. Le vagin a sa longueur normale en ce sens qu'il admet un spéculum ordinaire. Par le toucher et le palper combinés, il est facile de sentir un petit utérus. Du côté gauche on arrive sur des annexes un peu grosses et un peu sensibles; c'est à ce niveau que la malade accuse ses douleurs spontanées et intermittentes. Cette douleur, je le répète, est peu intense et ne la gêne pas sérieusement.

OBSERVATION II

(publiée dans les *Annales de Chirurgie et d'Obstétrique*
de novembre 1906).

Madame L..., 63 ans, domestique, séparée de son mari m'est envoyée (Savariaud) par le docteur Morin pour se faire opérer d'un prolapsus complet avec large ulcération du col. Elle présente aussi des signes de métrite : pertes blanches, hémorragies, douleurs dans les reins.

L'opération est faite le 30 avril 1906 sous chloroforme. Colpectomie totale, en ne conservant qu'une collerette de 1 à 2 centimètres du vagin, juste suffisante pour la suture. Amputation élevée du col qui est hypertrophié et atteint de métrite. Le corps a à peine le volume d'une noix, il est donc très atrophié. Fermeture par 2 points de la cavité corporelle qui est saine. Colporraphie dans le sens longitudinal.

Le périnée étant fortement endommagé on complète l'opération par une colpo-périnéorraphie postérieure (résection d'un petit triangle de paroi vaginale et suture par deux points profonds de muscles et bulbes périnéaux).

Revue le 13 juillet elle se trouve en parfait état. Les symptômes de métrite ont complètement disparu. Localement, la vulve est étroite, n'admet même pas deux doigts. Le périnée est haut de 4 centimètres, formé de parties fibreuses et musculaires; le vagin

a la longueur de l'index, il se termine par un cul-de-sac étroit au fond duquel il est impossible de sentir l'utérus même en déprimant la paroi abdominale. L'introduction d'un spéculum de petit calibre est assez facile. Le fond du vagin est occupé par une cicatrice qui se laisse facilement excorier. Quand la malade fait un effort, les cuisses écartées, le périnée bombe en masse, mais la vulve reste étroite et ses dimensions n'excèdent pas 2 centimètres du méat à la fourchette et 1 centimètre d'une lèvre à l'autre.

OBSERVATION III

(publiée par Papin in *Thèse de Gaston*, Paris 1910).

Madame X..., 51 ans, concierge, entrée à l'hôpital Necker pour gros prolapsus de l'utérus. Elle a eu deux enfants, le périnée déchiré au deuxième. Le prolapsus s'est constitué lentement et progressivement. Elle a été opérée 3 mois avant son entrée à Necker et a subi une périnéorraphie sans aucun résultat. Aussi, après avoir songé à l'hystérectomie, Papin décide de pratiquer la colpectomie suivant le procédé de Müller. L'opération est faite sous chloroforme en juillet 1909 : Incision circulaire autour du col, incision circulaire au ras de la vulve; le dépouillement de la muqueuse est difficile à cause de la périnéorraphie précédente. Quatre fils de catgut en bourse étagés; suture superficielle au crin. Un petit drain. Suites très simples; sortie guérie 3 semaines après.

Revue en octobre, c'est-à-dire au bout de 3 mois : la réduction se maintient parfaite; il y a formation d'un petit cul-de-sac admettant le bout de l'index.

OBSERVATION IV

(inédite, Savariaud).

Madame H. A..., de plus de 60 ans : Prolapsus complet avec ulcération du col.

Le 19 août 1918, à Tracy-sur-Mer (Calvados), sous anesthésie générale au chloroforme, colpectomie totale et périnéorraphie : Incision circulaire à la base du prolapsus et longitudinale antérieure pour faciliter le dépouillement. La dissection s'accomplit

avec facilité sans hémorragie notable. Dépouillement du col, incision bilatérale, ablation de la muqueuse cervicale et suture. Suture en bourse au catgut et fermeture du vagin au-dessous de la vessie. On termine par une colpo-périnéorraphie en suturant le corps périnéal avec un catgut et des crins perdus. Suture du lambeau vaginal au catgut et de la peau au crin. Une sonde de Pezzer dans la vessie.

Résultat immédiat parfait : vulve d'aspect virginal; le périnée arrive presque au niveau du méat urinaire. Le vagin est réduit à un cul-de-sac de 4 à 5 centimètres. Le 22 les fils périnéaux de la sonde de Pezzer sont enlevés. Le 27 la cicatrisation est complète : vulve infantile, périnée normal mesurant 6 centimètres de haut, très musclé.

Le 22 mai 1919, neuf mois après, le résultat se maintient excellent.

OBSERVATION V

(inédite, Savariaud).

Madame H., 52 ans : énorme prolapsus avec ulcération datant de 7 à 8 ans. Opérée le 12 décembre 1918, à Martragny (Calvados).

Anesthésie rachidienne avec deux centicubles du mélange cocaïstova soit trois centigrammes de substance active. Anesthésie très bonne, mais suivie d'accidents de Shok.

Opération du type Müller combinée à la périnéorraphie aux crins perdus.

Après incision circulaire à sa base le prolapsus est fendu en quatre. La dissection est très laborieuse surtout au niveau de l'ulcération où le vagin est très épaissi. Hémorragie abondante, nombreuses artérides vaginales à lier. Le col est également dépouillé puis fermé. Fil en bourse au catgut.

Réfection du périnée; résection de ce qui reste de la muqueuse vaginale en arrière et sur les côtés, suture des releveurs et du corps périnéal au crin perdu. Suture cutanée avec des crins en U. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires : Shock interne avec pâleur et pouls petit dû soit à la rachi, soit à l'abondante hémorragie. Le lendemain tout va bien. Le 17 décembre ablation des fils de la sonde. Le 20, évacuation d'un hématome très fétide; cette évacuation se reproduit à plusieurs reprises.

La guérison est complète au bout de trois semaines.

Le 22 mai 1919, 6 mois après : santé très bonne, malade très satisfaite et se déclarait rajeunie de 20 ans. Elle a repris son travail comme autrefois sans éprouver ni gêne ni souffrance.

OBSERVATION VI

(Savariaud et Jacob. Publiée dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* du 1^{er} juillet 1919).

Madame Th..., âgée de 59 ans: femme de constitution squelettique forte, très corpulente, obèse. Admise à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, pour prolapsus vagino-utérin complet datant de plusieurs années.

Pas de passé pathologique très net sauf de fréquents malaises d'ailleurs mal précisés, et l'installation progressive d'une obésité aujourd'hui très marquée. N'a eu qu'un enfant, âgé de 27 ans: son accouchement aurait été laborieux, par le siège, avec enfant gros: les suites de couches n'auraient rien eu de particulier à sa connaissance. Elle ne sait pas si son périnée a été déchiré et semble avoir été longtemps assez insouciant de l'état de ses organes génitaux. Ménopausée depuis 17 ans (à 42 ans), plus de rapport sexuel depuis fort longtemps. Elle a fini par constater qu'en travaillant, à l'occasion de la fatigue ou de l'effort « sa matrice sortait ». Mais elle rentrait facilement, d'abord toute seule par le seul fait du repos, puis en provoquant cette réduction avec la main. La malade ne s'en inquiétait d'ailleurs pas, jusqu'au jour où le prolapsus est devenu à peu près permanent.

Actuellement l'utérus et le vagin complètement prolapsés font hors de la vulve et entre ses cuisses une grosse saillie piriforme: il n'y a pas de douleur vraie, mais beaucoup de gêne, surtout pour marcher. La tumeur est difficilement réductible: le périnée sans résistance, la fourchette éculée.

L'aspect en est vilain et particulièrement sale: la malade est négligente et ignorante, semble-t-il, des soins les plus élémentaires de la propreté. Les sillons inter-labiaux et génito-cruraux sont rouges, enflammés, et remplis d'un smegma gris blanchâtre, mal odorant; à la face interne des cuisses deux grosses plaques semi-lunaires d'erythème déjà très ancien. A la surface du prolapsus quelques ulcérations petites et superficielles; autour du col un liséré d'irritation rouge vif et par l'orifice écoulement purulent peu abondant et sans caractères.

Etat général assez bon: appétit vorace mais digestions un peu lentes; dyspnée facile à l'effort et au décubitus sans autres lésions

pulmonaires ni cardiaques qu'un peu d'emphysème avec un certain degré de dilatation du cœur droit. Troubles urinaires assez accusés : la miction est fréquente, pénible, difficile. Les urines ne sont pas purulentes, et ne contiennent pas d'éléments anormaux.

Ce qui domine chez cette malade c'est son obésité : l'abdomen est énorme, sillonné de plis profonds, le pannicule adipeux très développé.

Elle est laissée au lit pendant 7 semaines avec un régime de réduction alimentaire et liquide assez rigoureusement observé. Pendant ce temps les soins locaux de propreté les plus minutieux lui sont donnés : lavages méthodiques, véritables lessivages, à la liqueur de Labarraque, application de pansements humides à l'eau alcoolisée, badigeonnages à l'alcool iodé, saupoudrage fréquent à la poudre de Thymol biodé (aristol).

Sous cette influence le prolapsus se transforme, devient propre et net, d'une belle couleur gris rosé sans aucune trace d'ulcérations ni d'érosions. Il retrouve sa réductibilité en même temps que son volume diminue : il n'y a plus aucun écoulement par le col devenu sec et scléreux. Les troubles de la miction ont disparu.

En même temps l'état général s'est amélioré : la graisse est en partie tombée, la dyspnée a cédé presque complètement. Le moment opportun de l'intervention est arrivé.

Le 7 avril 1919 nous pratiquons l'anesthésie lombaire avec trois centigrammes du mélange coca-stova : bien que la rachicentèse ait été malaisée à cause de l'âge et de la corpulence, l'anesthésie obtenue est cependant parfaite.

M. Savariaud se décide alors pour l'opération de Müller complétée par une solide colpo-périnéorraphie postérieure.

Aussi bien, l'utérus étant attiré au dehors, on commence par faire une incision demi-circulaire au ras de la vulve sur la demi-circonférence antérieure du prolapsus : sur cette incision on en fait tomber une longitudinale et médiane de façon à dessiner un T dont chaque lambeau est disséqué séparément. Le même travail est exécuté en arrière si bien qu'au total on a divisé le prolapsus en 4 tranches que l'on a pelées comme les quartiers d'une orange. Le déponillement de la muqueuse est poussé jusqu'au col qui est réséqué et dont l'orifice est obitéré au moyen de 3 catguts. Nous procédons alors au refoulement progressif de l'utérus et à la columnisation du vagin par une série de 5 points de catgut en bourse successivement étagés ; ce travail a pour effet d'accoler les deux parois vaginales antérieure et postérieure avec refoulement du cysto et du rectocèle. Lorsque la tumeur est complètement rentrée, il demeure à pratiquer l'avivement de la

fourchette et la suture du périnée. L'avivement est pratiqué en forme de V; dissection du petit lambeau de telle sorte que le A retourné regarde vers l'anus. Il n'y a plus qu'à fermer l'incision du vagin en fente antéro-postérieure et à suturer le périnée.

L'index gauche étant au préalable introduit dans le rectum pour guider l'aiguille, on place successivement 5 points de crin de Florence; mais avant de les serrer on suture la paroi vaginale par des points de catgut en U. La peau du périnée est enfin cousue à la soie fine.

L'opération terminée, la nouvelle vulve mesure 4 centimètres et la distance ano-vulvaire dépasse 5 centimètres.

Les suites opératoires sont bonnes, aucune altération de l'état général, pas de mouvement fébrile appréciable. Localement quelques douleurs à la miction les jours suivant l'ablation de la sonde; en outre écoulement roussâtre par la vulve, légèrement fétide, combattue facilement par de petites injections d'eau iodée.

Examen le 30 avril: L'orifice vulvaire mesure environ 4, 5 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur; le doigt pénètre dans la vulve à une profondeur de 3, le périnée en mesure 6. Il forme une sangle transversale de plusieurs centimètres d'épaisseur dont on apprécie bien la résistance en pratiquant le toucher rectal. Quand la malade fait effort, la région ne change pas d'aspect.

A 1 centimètre de la fourchette s'ouvre une petite fistule par laquelle s'écoule un peu de pus. Le stylet s'y enfonce à 2 centimètres de profondeur perpendiculaire au périnée. Par ailleurs la malade se lève, va et vient sans que se manifeste la moindre tendance à la récédive.

Le 12 mai on procède à l'ablation d'un petit crin profond qui entretenait la fistule; celle-ci se tarit les jours suivants. La malade peut alors quitter l'hôpital complètement guérie; elle a été revue 6 semaines après en excellent état, puis présentée à la Société de Chirurgie.

OBSERVATION VII

(inédite. Savariaud et Jacob).

Madame B..., veuve M..., 69 ans, entrée à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, le 25 octobre 1919.

Femme obèse, énorme, à tissus infiltrés de graisse et relâchés; 106 centimètres de tour de taille.

A eu un seul enfant il y a 30 ans qui pesait 12 livres; accouchement difficile au forceps, mais sans déchirure du périnée.

Le prolapsus qu'elle porte est devenu apparent il y a un an, mais depuis longtemps, elle avait la miction difficile. Actuellement elle est gênée pour marcher.

Prolapsus assez volumineux, mais qui n'est complet qu'en avant; en arrière le déroulement de la paroi vaginale n'est que partiel : le retournement ne commence qu'à 4 ou 5 centimètres de la fourchette.

Après 3 semaines de repos et de soins locaux, l'opération est pratiquée le 15 novembre 1919, sous anesthésie fachidienne à la coca-stova.

1° *Colpectomie*. — Incision circulaire du vagin au ras de la vulve; division du prolapsus en 4 lambeaux, successivement et facilement disséqués puis section du col; celui-ci est fermé par un catgut en X. Le prolapsus est réduit et le vagin columnisé par 3 fils en bourse successivement passés, serrés et noués. On complète par un petit surjet au catgut à la base du prolapsus. Enfin la collerette vaginale circulaire est suturée en fente longitudinale.

Cette fente occupe surtout la paroi vaginale antérieure, et le cul-de-sac vaginal postérieur restant mesure encore 6 centimètres de profondeur. La paroi postérieure bombe sous l'effort et la vulve est un peu béante; dans ces conditions on complète par une :

2° *Colpo-périnéorrhaphie postérieure*. — Incision en forme de fauteuil de Dagobert X, dissection des lambeaux latéraux et décollement de la cloison; résection de ce qui reste du vagin en forme de V. Suture au catgut des muscles périnéaux, du vagin au catgut fin, de la peau à la soie fine.

L'opération terminée, la fourchette arrive à 1 centimètre du méat. Une petite mèche draine le rudiment de cavité vaginale; une sonde de Pezzer dans la vessie.

Suites opératoires simples; mèche et sonde enlevées le 3^e jour, lavages et petites injections à l'eau iodée. Fils cutanés retirés le 9 jour. Se lève le 11^e et s'en va guérie le 20^e.

Revue en février 1920, soit 4 mois après : la vulve mesure 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur, le périnée 6 centimètres. Le vagin admet facilement toute la longueur de l'index. Pendant l'effort, rien ne fait aucune saillie, et le périnée apprécié par le toucher recto-vaginal forme une sangle très épaisse, ce qui est appréciable étant donnée l'obésité de la malade.

OBSERVATION VIII

(inédite. Savariaud et Jacob).

Madame P..., 63 ans, ménagère, envoyée à l'hôpital Beaujon par le docteur Morisetti.

Femme de corpulence médiocre, plutôt maigre; 3 enfants spontanément accouchés dont un par le siège. Ménopausée à 49 ans.

Il y a quelques années, sans qu'elle puisse préciser, qu'elle se sentait gênée et constatait qu'au moment des efforts, de la fatigue, de la station debout prolongée, quelque chose lui venait sortir à la vulve. Mais elle n'a commencé à y prêter attention qu'il y a 5 mois lorsque son utérus en prolapsus complet entre ses cuisses n'a plus voulu rentrer. Dès lors gêne considérable, impossibilité de travail. Aucune douleur, aucun trouble urinaire, pas de retentissement sur la santé générale.

A l'examen : prolapsus utéro-vaginal complet, du volume du poing fermé, de coloration gris rosé, propre, sans aucune espèce d'ulcération. Par l'orifice externe du col qui centre le sommet, aucune espèce d'écoulement. La tumeur est irréductible, mais complètement indolore.

La malade est laissée au lit pendant 12 jours et soigneusement préparée : pansements humides alcoolisés, applications alternantes de pommade au collargol et de poudre de thymol biodé. Le 4 novembre l'état général et local paraissant très satisfaisants, et le prolapsus devenu aisément réductible, l'intervention est décidée pour le lendemain.

Le 5 novembre 1919, sous anesthésie rachidienne obtenue par faite avec 4 centigrammes du mélange coca-stova, opération de Müllier typique, sans périnéorraphie, le périnée étant jugé suffisamment résistant.

Incision circulaire à la base du prolapsus sur laquelle sont branchées 4 incisions verticales de manière à délimiter 4 tranches, 4 segments qui sont successivement et facilement disséqués. Comme il n'y a pas d'hypertrophie du col, celui-ci est simplement avivé et suturé par un catgut serré en X. Puis le prolapsus est réduit et la réduction maintenue par deux fils de catgut fort, en bourse étagés. Le vagin est ensuite suturé longitudinalement. Il demeure après la terminaison de l'opération un rudiment de cavité vaginale admettant environ la 3^e phalange de l'index.

Les jours suivants la malade fait un peu de fièvre: il s'est formé un hématome qu'il est nécessaire d'évacuer, ce qui fait constater que les fils vaginaux ont lâché. Cependant le prolapsus ne présente aucune tendance à la récurrence et l'état général se maintient parfait. Le 31 novembre l'opérée ne présente plus aucune trace d'écoulement sanguin et commence à se lever. Examinée, on constate l'existence d'un vagin de 7 centimètres de profondeur admettant les 2/3 d'un spéculum Collin. Au fond de ce vagin il existe une petite cavité admettant l'extrémité de l'index, tapissée de bourgeons charnus et sertie par un bourrelet de muqueuse; le tout donnant l'impression d'une hystérectomie

vaginale après la chute des escares et avant la cicatrisation complète. A l'effort, même soutenu, aucune tendance à la récurrence.

Le 26 novembre elle quitte Beaujon très satisfaite et transformée.

Elle est revue 15 jours après, le 10 décembre; elle a repris son travail sans aucune gêne et vient montrer le résultat opératoire : il existe un petit vagin admettant l'extrémité de l'index; aucune saillie anormale pendant l'effort, paroi antérieure très bien soutenue.

Nous n'avons plus revu cette femme qui habite la province et y est restée, mais à plusieurs reprises notre ami Morisetti, qui nous l'avait confiée, nous a donné de ses bonnes nouvelles. Le résultat se maintient excellent.

OBSERVATION IX

(inédite. Savariaud et Jacob).

Madame D..., âgée de 69 ans, ménagère, entrée dans le service du docteur Savariaud le 15 octobre 1920.

Cette malade nous est adressée par M. le Professeur Robin, dans le service de qui elle avait été traitée pendant un mois pour insuffisance cario-rénale avec dyspnée, tachy-arythmie, œdème des jambes, albuminurie.

Après un mois de traitement médical, son état général étant devenu relativement bon, elle est envoyée en chirurgie pour prolapsus utéro-vaginal datant de deux ans et qui la gêne beaucoup.

Cette femme de constitution médiocre, au teint cireux et blafard, dont le cœur, le rein, le poumon ont à plusieurs reprises donné des signes de défaillance, n'a eu qu'un enfant mort-né, volumineux, pesant 9 livres : il aurait aujourd'hui 25 ans. Cet enfant a été accouché par le sommet avec proéminence du bras gauche; au passage une déchirure du périnée qui n'a pas été recousue. Rien de spécial comme suites de couches. Au point de vue génital, elle signale une métrite ancienne dont l'écoulement purulent aurait cessé avec la ménopause accomplie depuis l'âge de 51 ans.

Son prolapsus date de deux ans; d'abord contenu par un anneau de Dumontpallier puis impossible à contenir. Il est cependant réductible, rentre sous la seule influence du repos allongé, et ne sort que pendant l'effort et consécutivement à la fatigue.

Actuellement il fait entre les cuisses une saillie piriforme centrée par l'orifice du col : par là s'écoule un liquide jaunâtre, peu abondant; la surface est ulcérée en 3 endroits. La réduction

est facile, mais quand au contraire on tire sur le col avec la pince de Museux on constate que le déroulement du cul-de-sac postérieur n'est pas complet.

La malade est laissée au lit pendant 15 jours et traitée par des soins minutieux de désinfection locale; en même temps elle reçoit deux séries de 4 granules de digitaline cristallisée au quart de milligramme.

Le 28 octobre, l'état général paraît bon; le cœur est à peu près normal dans son rythme; il n'y a plus trace d'albuminurie, plus de dyspnée, plus d'œdème des membres inférieurs.

Localement le Prolapsus présente un bel aspect; les végétations ont disparu, l'écoulement par le col a complètement cessé. Dans ces conditions l'intervention nous paraît possible.

Anesthésie lombaire obtenue parfaite et sans aucune réaction avec deux centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Le prolapsus n'étant pas total et le retournement n'étant pas complet en arrière et sur les côtés, nous renonçons au Müller typique pour pratiquer une colpectomie large mais partielle qui a pour effet de réséquer : 1° la totalité de la paroi vaginale antérieure; 2° tout le museau de tanche; 3° les 4/5 environ de la paroi postérieure du vagin. Cette excision prend la forme d'un losange au centre duquel on aperçoit le col. Celui-ci est oblitéré par un point de catgut en U; puis la perte de substance résultant de l'excision vaginale est suturée verticalement d'un côté à l'autre : cette suture a pour effet de faire remonter et de soutenir l'utérus qui la surplombe.

Nous terminons par une colpo-périnéorrhaphie postérieure.

En somme chez cette malade nous avons procédé à une opération mixte et atypique : colpectomie partielle péri-cervicale à la manière de Wormser, combinée à la réfection d'une solide angle périnéale.

Les suites opératoires ont été parfaites et la malade a quitté l'hôpital 17 jours après. Le jour de sa sortie elle mesurait 6 centimètres comme orifice vulvaire, 8 centimètres de distance vulvo-anale. La cavité vaginale admettait facilement un petit spéculum.

Reveu en bon état 4 semaines après.

OBSERVATION X

(Inédite, Savariaud et Jacob)

Cette observation est remarquablement intéressante et nous tenons à la relater bien que l'intervention que nous avons dû finalement pratiquer ne rentre pas dans le procédé de colpecto-

mie dont il est ici question. A vrai dire nous avons cru jusqu'au jour de l'opération que nous exécuterions un Müllier; la transformation des lésions nous en a finalement empêché.

Madame L..., 59 ans, envoyée d'urgence à l'hôpital Beaujon à la suite d'une chute dans un escalier qui a traumatisé un énorme prolapsus qu'elle tolérait depuis 20 ans; jusque-là ce prolapsus était simplement gênant par l'irritation qu'il produisait et par les troubles de la miction. La tumeur a commencé à se produire quelque temps après son deuxième et dernier accouchement; d'abord peu marqué puis facilement réductible, puis se reproduisant continuellement si bien que depuis 10 ans elle ne songeait plus à le rentrer. Veuve, elle n'en était pas incommodée au point de vue sexuel et ne songeait pas qu'il fut possible de parer à cette infirmité.

Brusquement, après l'accident, le prolapsus jusque-là indolore est devenu atrocement douloureux en même temps que se sont produites des douleurs abdominales très vives avec vomissements, ballonnement du ventre, élévation thermique à 39°, précipitation du pouls, altération du facies, langue rôtie.

A l'examen on est frappé par la gravité de l'état général; le ventre météorisé est douloureux partout à la moindre pression: un énorme prolapsus utéro-vaginal pend entre les cuisses avec le volume d'environ les deux poings. A sa surface 2 larges ulcérations hernieuses et d'aspect diphtéroïde, larges plaques de sphacèle verdâtres. A l'extrémité se trouve le col qui donne issue à un liquide ichoreux et très fétide.

La malade ne pisse pas et la sonde introduite dans le méat décrit un trajet courbe rétrograde, ce qui montre que la vessie est dans le prolapsus. Elle retire une faible quantité, un demi-verre à boire environ, d'urine sale et floconneuse. Ce cathétérisme est extrêmement douloureux.

Après 24 heures de repos au lit, avec glace sur le ventre, opium, pansement humide du prolapsus, la situation s'améliore un peu mais point assez cependant, et on décide d'intervenir. Sous anesthésie générale à l'éther, on attire d'abord le col en haut et on pratique une colpectomie postérieure en T. Le péritoine ouvert il ne s'écoule pas de pus, mais un liquide de sérosité péritonéale; on pratique alors une laparotomie sous-ombilicale. On trouve alors, après incision de la paroi, un liquide séreux légèrement teinté de sang qui paraît occuper l'espace de Retzius: la quantité de ce liquide est d'environ un quart de litre. On pense que c'est de l'urine, ce que l'examen chimique a confirmé le lendemain, et on pose ainsi le diagnostic d'infiltration d'urine sous-péritonéale. La plaie opératoire est refermée sauf en un point où sont insinuées deux sondes de Pezzer. Une sonde à demeure est placée dans la vessie. Peu à peu la situation se transforme; la

réaction générale et abdominale est rapidement éteinte : les sondes de Pezzer peuvent être enlevées le 10^e jour et l'incision abdominale guérit normalement.

Pendant plusieurs mois on traite le prolapsus et la rétention d'urine : cathétérisme à demeure, pansements humides, saupoudrage antiseptique au thymol biiodé. Tous les deux jours lavages de la vessie au nitrate d'argent ou au protargol; urotropine à l'intérieur. Sous cette influence la tumeur se transforme; son volume se réduit environ de moitié, sa surface devient propre et nette, les ulcérations et le sphacèle disparaissent; l'écoulement par le col n'existe plus.

Le prolapsus est devenu facilement réductible en octobre : nous le refoulons sans effort et le maintenons réduit par une simple compresse introduite dans le vagin et renouvelée chaque jour. 15 jours après la compresse est devenue inutile : non seulement la tumeur ne se reproduit pas quand la malade est debout, mais encore ne se produit-elle que très incomplètement quand elle pousse. Le 19 novembre 1920 nous décidons l'opération radicale, notre intention étant de la soumettre à la technique de Müller.

Anesthésie rachidienne obtenue parfaite avec trois centigrammes de cocaïne. La traction exercée sur le col montre alors que ce dernier descend difficilement à la vulve retenu sans doute par les adhérences de la vessie en avant, et en arrière par celles du cul-de-sac postérieur consécutives à la colpotoomie. En outre les parois du vagin se montrent épaissies et friables. Dans ces conditions la colpectomie totale à la manière de Müller paraît contre-indiquée et on lui préfère une colpectomie partielle antérieure et postérieure mais large suivie de colpo-périnéorrhaphie. Après l'opération le périnée mesure 8 centimètres de hauteur, la vulve a l'aspect infantile. Les suites opératoires sont parfaites et 20 jours après, la malade quitte l'hôpital complètement transformée.

OBSERVATION XI

(Inédite. Savariaud et Jacob).

Femme de 64 ans, a eu un enfant à l'âge de 17 ans, garçon de 12 livres et demi extrait au forceps avec large déchirure du périnée. Ménopausée depuis 13 ans. Santé générale assez médiocre.

Prolapsus génital qui a débuté il y a 6 mois et détermine aujourd'hui surtout de la gêne à la marche et des troubles de la miction.

À l'examen le prolapsus est complet en avant où la paroi totalement déroulée entraîne la chute de la vessie. En arrière le dé-

roulement partiel. Deux ulcérations en voie de guérison, col atrophique, utérus petit, cavité utérine : 7 centimètres, sangle périnéale médiocre.

Après 15 jours de repos au lit et de soins locaux le prolapsus est devenu très nettement opérable.

Opération le 23 décembre 1920. Nous essayons l'anesthésie rachidienne, mais devant les cris, l'agitation, les supplications de la malade nous y renonçons et faisons donner du chloroforme.

Le col étant saisi avec deux pinces de Museux, le prolapsus est complètement attiré hors de la vulve; nous constatons ainsi que le cul-de-sac postérieur du vagin est profond, mesurant 4 à 5 centimètres. Incisions circulaire et longitudinales suivant la technique habituelle; dépouillement très facile en avant, plus délicat en arrière, très malaisé latéralement entre le prolapsus et les grandes lèvres. Ce travail intéresse de nombreuses artérioles qui saignent abondamment. Fermeture du col par un catgut en X; refoulement du prolapsus par deux points étagés en bourse, fermeture au catgut fin de la collerette vaginale restante. Placement d'un petit drain dans le cul-de-sac postérieur.

Suites opératoires excellentes; le petit drain a fonctionné évacuant une assez notable quantité de sang pendant les premiers jours. Il est retiré le cinquième et la malade soumise à de petites injections d'eau iodée. 15 jours après très bon résultat; pas de tendance à la récurrence, cavité vaginale admettant largement l'index.

Pourtant la fourchette est basse et à son niveau la paroi bombe sous l'effort : peut-être eut-il été bon de pratiquer une périnéorraphie. Cette femme n'a pas encore été revue.

OBSERVATION XII

(Inédite. Michon et Huc. — Due à l'obligeance de notre collègue le docteur Huc).

Prolapsus utéro-vaginal complet chez une femme M..., âgée de 52 ans, non réglée depuis 6 ans, pluripare ayant eu 10 enfants. Son prolapsus a deux fois récidivé après deux interventions successives et différentes : d'abord une colpo-périnéorraphie, ensuite une hystéropexie.

Le 7 juillet 1920, sous anesthésie rachidienne, le docteur Michon pratique l'opération de Müller suivant la technique de Savariaud : colpectomie totale suivie de refoulement de l'utérus par 3 points en bourse étagés, fermeture antéro-postérieure de la collerette vaginale restante, solide périnéorraphie postérieure.

Suites opératoires parfaites; la malade a pu quitter l'hôpital 18 jours après. Revue en parfait état en décembre, c'est-à-dire au bout de six mois.

OBSERVATION XIII

(inédite. Dujarier et Achard. — Cette observation et les deux suivantes sont dûes à l'obligeance du docteur Dujarier).

L... femme M..., âgée de 67 ans, entrée le 9 mai 1920 à l'hôpital Boucicaut pour un prolapsus utéro-vaginal complet.

Le 20 mai, sous anesthésie rachidienne, M. Dujarier pratique la colpectomie totale en disséquant deux lambeaux droit et gauche. Amputation du col, suture du col au catgut, puis suture des tissus au-devant du col en refoulant successivement dans la profondeur une mèche. Celle-ci est enlevée 4 jours après le 24 mai et la malade guérie a pu sortir le 13 juin. Elle est revue 15 jours après : parois vaginales excellentes, pas d'impulsion à la toux, état général parfait.

OBSERVATION XIV

(inédite Dujarier-Achard).

Madame D..., âgée de 57 ans, entrée à Boucicaut le 18 octobre 1920 pour prolapsus utérin : opération de Müller le 31; incision vaginale au ras de la vulve, dépouillement facile, amputation du col. Réduction et fermeture par sutures en bourse étagées; la tranche vaginale est suturée d'avant en arrière. Suites opératoires d'abord très bonnes, puis le 14 novembre ascension thermique à 38°, suivie de l'évacuation vaginale d'un hématome suppuré dont le traitement a nécessité la dilatation aux bougies de Hegar, puis l'irrigation continue au Dakin. Actuellement va bien.

OBSERVATION XV

(inédite. Dujarier et Duval).

Madame D..., âgée de 55 ans, entrée à Boucicaut le 11 juillet 1919 pour prolapsus utérin.

Opérée le 15 par le procédé de Müller. Division du prolapsus en quatre tranches successivement disséquées, amputation du col.

Re foulément par 3 sutures en bourse au fil de lin, fermeture au fil de lin de la tranche vaginale. Sortie guérie le 1^{er} août. Revue en bon état 3 semaines après.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les nombreux procédés employés pour la cure opératoire du prolapsus génital, il en est un qui mérite d'être mieux connu : c'est la colpectomie totale, conservatrice de l'utérus, avec ou sans périnéorraphie combinée.

II. — Cette opération proposée par Müller, de Berne, adoptée à l'étranger, et soutenue en France par Savariaud, dérive de celle de Le Fort et de celle de Freund qu'elle combine en quelque sorte en les simplifiant et les améliorant à la fois.

III. — Cette intervention est indiquée dans le prolapsus vagino-utérin complet des femmes âgées, ayant franchi la ménopause et définitivement renoncé aux rapports sexuels.

IV. — La possibilité d'un retour menstruel, les lésions graves de l'utérus et de ses annexes, l'irrédue-tibilité persistante, sont des contre-indications ab-

solues; le désir de bénéficier encore de la possibilité du coït est une contre-indication relative.

V. — Il est indispensable de faire précéder l'opération d'une période de 15 à 20 jours de repos au lit, de régime alimentaire réduit, de soins locaux minutieux, pour que le prolapsus réduise son volume, nettoie sa surface, cicatrise ses ulcérations, tarisse son écoulement, devienne, en un mot, propre, réductible, opérable.

VI. — La technique consiste à dépouiller le prolapsus de sa muqueuse à partir d'une incision circulaire pratiquée à sa base, puis à le refouler (après fermeture du col — amputé au cas (rare) d'hypertrophie — par une série étagée de points en bourse. Ensuite on suture la collerette vaginale restante dans le sens antéro-postérieur. Ainsi les parois du vagin solidement fusionnées en une colonne cicatricielle qui supporte l'utérus ne peuvent plus se dérouler. Il est bon quand l'indication en paraît opportune de terminer par une solide périnéorrhaphie.

VII. — Réserve faite pour les cas exceptionnels où l'utérus est franchement malade, il n'y a pas à s'en occuper : l'expérience montre qu'il s'atrophie par la suite. La crainte d'une pyométrie étant chimérique, le danger d'hématome suppuré paré par le drainage du cul-de-sac postérieur, la seule cri-

tique qui demeure est la suppression de la possibilité du coït : à l'âge où il convient de pratiquer cette opération, ce reproche n'est pas sérieux. En outre chez toutes nos opérées il est toujours resté un rudiment de cavité vaginale suffisant pour permettre à la rigueur un coït ébauché.

VIII. — Cete opération ne relève guère de l'anesthésie générale, dangereuse chez ces femmes âgées, à tissus relâchés, à viscères souvent tarés. Elle peut être pratiquée à l'anesthésie locale, mais la rachianesthésie nous paraît être le procédé de choix.

IX. — Elle contribue à assurer sa bénignité absolue, avantage auquel s'ajoute la constance jusqu'ici remarquable des résultats.

X. — Il n'en est pas de même pour les nombreux autres procédés thérapeutiques proposés. Sans parler des pessaires et du massage qui ne sont que des palliatifs, l'hystérectomie — directe ou indirecte corporelle, isthmique ou ligamentaire — est aujourd'hui rejetée par presque tous les chirurgiens; l'opération de Wertheim-Schauta est difficile, compliquée et de résultats inconstants; la périnéorraphie n'agit qu'à condition de pratiquer une très large résection du vagin; quant à l'hystérectomie tous les auteurs sont d'accord pour la considérer

comme inopérante à elle seule. Il est nécessaire d'y joindre la colpectomie.

XI. — C'est la preuve évidente que c'est à la suppression du vagin qu'est dû le succès : l'ablation de l'utérus est parfaitement inutile, et sans vouloir dire qu'elle soit difficile ni dangereuse, sa bénignité cependant ne peut pas être considérée comme absolue.

XII. — La colpectomie avec ou sans périnéorraphie complémentaire nous paraît donc la méthode de choix pour le traitement du prolapsus des femmes âgées. Elle agit en effet sur l'élément pathogénique dominant, le déroulement du vagin relâché; elle réalise la cure radicale de cette hernie utérine qu'est le prolapsus, en assurant : la dissection et la résection de son sac : le vagin; la réduction du viscère hernié : l'utérus; la reconstitution anatomique de la paroi : le périnée.

Février 1921.

Vu : Bon à imprimer :

Vu et PERMIS d'imprimer :

Le Président de Thèse.

Le Recteur de l'Académie de Paris

HARTMANN

APPEL.

VU :

Le Doyen,

ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — Art. Prolapsus. In *malad. de l'utérus*, Paris 1858.
- R. ASCH. — Extirp. des ut. mit resekt. der scheide wegen vor-falles. In *Arch. f. Gynæk*, 1888, XXXV.
- AUVARD. — Art. Prolapsus. In *Traité de Gynécot.*, 2^e édit., Paris, 1894.
- AUVARD. — Les modifications des parties molles pendant la grossesse et le travail. — L'involution utérine. In *Traité d'accouchements*, 3^e édit., Paris, 1894.
- BALDY. — F. ut. prol. In *Am Journ. of Obst.*, 1898.
- BALOCCHI. — Il Perineo nel sopraparto. In *Ostetricia-Milano*, 1859.
- BASTIEN et LEGENDRE. — Sur la résistance des ligaments de l'utérus sur le cadavre. In *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1859.
- BIELHY. — Die Kolpœctomie als Prol. op. In *Inaug. dissert.*, Berne, 1902.
- BISSEL. — Vag. hyst. techn. for prol. of the ut. In *surg. Gyn. and Obst.*, 1919.
- BJORKENHEIM. — Sur le traité chir. des prol. gén. In *Fimka Lak. handling*, t. IV, n^o 8, Helsingfors, 1912.
- BORDIER. — Supériorité des op. sur le vag., etc. In *thèse de Bordeaux*, 1893-1894.
- BOULLY. — Etiologie du Prol. ut. In *Cong. Franç. de Chir.*, 1896.
- BRETEGNIER. — La colpo-hystérectomie comme traitement du prolapsus des femmes âgées. *Thèse de Paris*, 1920.
- BOULLY et LOWY. — Procédé op. pour la cure des gros prol. gén. In *Revue de Gyn. et de Chir. abdom.*, 1902.
- BROESE. — Beit z. prol. op. In *Zent f. Geb. und Gynæk.*, t. XXXIX.
- BRAUNE. — Beit z. prol. op. In *Zent f. Gyn.*, 1891.
- BYFORD. — Colpopexie abdom. In *Am. journ. of Obst.*, 1890, n^o 2.
- CHAMPDENERLE. — Contribut. au trait. chir. du prol. gén. In *Thèse de Paris*, 1895.
- CHAPUT. — Traitement des prol. génit. in :
Semaine méd., 1890.
Bull. de la Soc. de Chir., 1894.

Arch. de Tocologie, 1894.

- CHAVANNAZ. — Du cloisonnement du vagin. *In Pr. méd.*, 1909.
- CODAVILLA. — Cura del Prol. dell'utéro, méd. la colpo-istérect. *In Ann. di Ostet. et Ginec.*, 1897.
- E. COHN. — Über die prim. und defin result. der prolaps. op. *In Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1888.
- CORN. — La Rachianalgesia col processo Le Filliâtre nelle operazioni abdom. ginecologiche. *In Soc. toscana di Ost. e Ginec.*, Luglio, 1919.
- COMAR. — De l'incontinence d'urine liée au Prol. ut. *In Thèse de Paris*, 1895.
- CORRADI. — Cura del Prolasso ut med. l'ister. vag. totale. *In Lo Sperimentale*, 1876.
- COURTY. — Rapp. du prolap. avec l'allong. du col. *In Traité prat. de l'utérus et de ses annexes*, 3^e édit. Montpellier, 1881.
- CUMSTON. — The surgical treatment of Prol. ut with. spec. ref. to the operat. of colpect. *In Am. med.*, 1905.
- DELANGLADE. — Myorrhaphie des relev. *In Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1907.
- Pierre DELBET. — Prolapsus utérin. *In Journ. des Prat.*, 1914.
- DÉMELIN. — Lésions des parties molles dûes au forceps. *In Traité d'accouchements de Tarnier et Chantreuil*, t. IV, Paris, 1900.
- DESMARETS. — Trait. du prolap. par la colpo-hyst. *In Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 12 mai 1920.
- DOLÉRIS. — Les Ptoses génitales. *In Rev. d'Obst. et de Gyn.*, 1903.
- DOLÉRIS. — L'hystéropexie physiол. ou ligamentaire. *In La Gynécologie*, 1904.
- DOLIVET. — La Colpectomie totale. *In Thèse de Paris*, 1920.
- DUPLAY et CHAPUT. — Modifications du plancher pelvien dans le Prolap. *In Arch. gén. de Méd.*, 1899.
- DUTAUZIN. — Etiol. et sympt. de la chute de la matrice. *In Thèse de Paris*, 1887.
- DUVAL et PROUST. — Technique de la suture des releveurs. *In Pr. Méd.*, 1902.
- FAURE et SIREDEY. — Art. Prolapsus. *In Traité de Gynécologie méd.-chir.*, 2^e édit., Paris, 1914.
- DE FELLEBERG. — Ut. Prolaps. und Kolpect. *In Beit. zur Geb. und Gyn.*, 1907.
- E. FORGUE. — Art. Prolaps. *In Précis de pathologie externe*, 6^e éd., 1917, t. II.
- E. FORGUE. — Considérations sur la rachi-anesthésie dans les opérations gynécologiques. *In Traité du cancer du col de l'utérus*, *In Arch. mens. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, oct. 1919.
- E. FORGUE. — Le choix de l'anesthésie en gynécologie. La rachi-anesthésie. *In Paris Méd.*, août 1920, et *Pratique méd. française*, février 1921.

- FORGUE et RECLUS. — Trait. des Prolaps. ut. *In Thérap. chir.*, 2^e édit., Paris, 1898.
- FORGUE et MASSABUAU. — Art. Prolaps. *In Gynécologie du nouveau traité de Chirurgie*, Paris, 1916.
- FREUND. — Zur Prol. operationen. *In Zeit fur Gynæk.*, 1901.
- GERTIG. — Zur Prolapsoper. *In Zentral fur Gyn.*, 1895.
- GASTON. — L'opération de Müller. *In Thèse de Paris*, 1910.
- GUÉNARD. — Cure des prolapsus génit. *Thèse de Paris*, 1902.
- GUÉNIOT et JEANNIN. — Traitement du prolap. *In Thérap. obst. et gynéc.*, Paris, 1913.
- HADRA. — Déchir. des muscles du périnée sans lésions appar. du tégument. *In Am. Journ. of Obst.*, avril 1884.
- HART et BABOUR. — Art. Prolapsus. *In Manuel de Gynéc.*, trad. franç., Paris, 1886.
- HARTMANN. — Opérations plastiques sur le périnée et le vagin. *In Gynéc. op.*, Paris, 1911.
- HARTMANN et DUBOUCHET. — L'hystérect. vag. dans le trait. de la chute de l'ut. *In Annales de Gynéc. et d'Obst.*, Paris, 1894.
- HEGAR. — Ueber op. der Prol. *In Arch. fur Gynæk.*, 1874.
- HUGUIER. — Mémoire sur les allong. hypert. du col de l'ut. Paris, 1860.
- IMLACH. — Shortening the round lig. of the ut. *In Edinburg med. Journ.*, 1885.
- Inglis PARSONS. — Surg. treat. for ut. prol. *In British m. d. association*, 1902.
- IMBERT. — Trait. des Prol. *In Précis de thérap. chirurg.*, Paris, 1910.
- JACOBS. — Hystérect. abd. supra vag. et racc. des ligaments large, trachélopexie dans le trait. du prolap. ut. *In la Policlinique*, Bruxelles, 1896.
- JACOBS. — Trachélopexie ligament. *In Arch. de Tocologie et Gynéc.*, vol. XXXI, et *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, 1896.
- JEGGY. — Die Kolpectomie nach. P. Müller. *In Gynæk. Rundsch.*, 1907.
- JENTZER. — Gymn. gyn. et trait. man. des mal. de l'ut. et de ses ann., Genève, 1891.
- JARDIN. — Prolapsus ut. *In Thèse de Paris*, 1900.
- JUVARA. — Le cloisonnement du vag. suiv. le proc. de Le Fort. *In Presse méd.*, 1910.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Art. Déplacements. *In Traité méd. chirurg. de Gyn.*, 4^e éd., Paris, 1914.
- Id. — La gymnastique abd. et le massage en thérap. gyn. *in Ibid. loc. cit.*
- LANIQUE. — Hyst. vag. totale appl. au trait. du prolap. ut. *In Thèse de Nancy*, 1895.

- LAPORTE. — Opérat. conservat. dans le trait. du prolaps. gén.
In La Clinique, 109.
- LAPORTE. — Opérat. mutil. dans le trait. du Prol. génital. *In Congrès de Chirurgie*, 1920.
- LAWSON-TAIT. — Art. Prolap. *In Maladies des femmes*, trad. franç., 1895.
- LAMAND. — Trait. chir. des gros Prol. de l'ut. *In Thèse de Lille*, 1895.
- LE FORT. — Nouv. procédé pour la guérison du prolapsus utérin. *In Bulletin de Thérap.*, 1897, et *Man. de méd. op. de Mal-gaigue*, 9^e édit., 1899.
- LEGUEU. — Hyst. abd. pour prolapsus ut. récidiv. *In Cliniques chir. de l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1901.
- LEGUEU. — Hyst. abd. et Prol. ut. *In Congrès de Chir. de Paris*, 1901.
- LOISON. — Indicat., technique, résultats éloignés de l'opération de Freund, Wertheim-Schauta, dans la cure de certains prolapsus génit. *In Thèse de Lyon*, 1920.
- LONGUET. — Hyst. vag. totale dans el Prol. ut. *In Gazette des Hôpitaux*, 1898.
- LONGYEAR. — Vagin oper. und fixat. of the Walls. *In Am. Journ. of Obst.*, 1896.
- DE LORTALET-BACHOUÉ. — Des troubles viscéraux consécutifs à l'affaiblissement du plancher pelvien. *In Thèse de Paris*, 1889.
- LUCIANI. — Funzioni di Generazione. *In Fisiologia dell' Uomo*, 4^e édit., vol. V, Milano, 1911.
- KENIG. — P. Müller's method of Colpectomy fort ut prol. *In Journal of Obst. and Gynec. of the British Emp.*, 1903.
- KIRIAC. — Hystéro-ventro-cystopexie. *In Congrès int. de Chir.* Paris, 1900.
- V. KRUKOWA. — Trait. du Prol. par l'opération de Müller. *In Thèse de Genève*, 1903.
- KÜSTNER. — Z. ut. prolapsus. *In Veits Hand. der Gynec.*, 1899.
- MAYO. — Surgical treatment of prolaps. of the ut. and Walls of the Vag. *In The Lancet*, 1912.
- MAUGLAIRE. — Les prolapsus génitaux. *In Journal des Prat.*, 1900.
- VON METZINGER. — Zur kolpo-perineoplastik nach Bischoff. *In Wïen med. Blatter*, 1880.
- MICHAUX. — Les résultats éloignés de la suture du périnée ant. dans le procédé de Salva Mercadé pour la cure radicale des prolapsus génitaux de la femme. *In Bull. ins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, mars 1914.
- P. MÜLLER. — Ueber Prolaps. operationen. *In Deutsch naturforsch und aerste Gesellschaft*, 1896.
- P. MÜLLER. — Traitement des prolapsus génitaux. *In Congrès d'Heidelberg*, 1889, et *Zentral fur Gynecol.*, 1889.

- NEGRETTO. — Isterectomia nella cura del grandi Prolassi. In *Annali di Ginecol et Ostetricia*, Milano, 1891.
- PATTERSON. — Surgical treatment of the ut prolaps. In *Glasgow med. Journ.*, 1876.
- PANHUT. — Die neuen Prolaps. operationen. In *Inaug. Dissert. Halle*, 1895.
- PAUCHET. — Trait. chir. du Prol. de l'ut. et des parois vagin. In *La Clinique*, 1913.
- PÉAN. — Nouveau procédé de fixation du vagin. In *Bulletin médical*, 1887.
- PETIT. — Cystopexie ind. par raccourcis. de l'apon. omb. pelv. In *La Gynécologie*, 15 août 1900.
- PHOCAS et BAROZZI. — Art. Prolap. In *Thérap. chirurgicale et chirurgie journalière*, 2^e édit., Paris, 1913.
- PICHEVIN et BONNET. — Art. Prolap. In *ancien Traité de chirurgie clinique et op. de Le Dentu et Delbet*.
- PHILIP. — On ventral fixat. of intractable Prol. In *the Lancet*, 1888.
- PICQUÉ. — Nouveau procédé de colpoxie indirecte. In *Thèse de Lacaze*, Paris, 1891.
- POLAILLON. — Art. Prolapsus. In *maladies des Femmes*, Paris, 1901.
- POLAILLON. — Sur un cas de prolapsus complet de l'utérus: hystéropexie; mort. In *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1889.
- S. Pozzi. — Art. Prolapsus. In *Traité de Gyn. clinique et op.* 3^e éd., Paris, 1897.
- Id. — Colpo-hystérectomie dans le traitement du prolapsus. In *Bulletin de la Soc. de Chir. et Annales de Gynéc.*, 1894.
- Id. — L'hystérectomie dans le traitement du prolapsus utérin. In *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1894; *Ibid.* 1903.
- QUÉNU. — Du trait. du Prolap. ut. par l'hystérect. vag. In *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1893 et *Annales de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1894.
- L.-G. RICHELOT. — Prolapsus utéro-vaginal. In *chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve*, Paris, 1902; *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1898; *Annales de Gynécologie*, 1896.
- Id. — Etiologie du Prolapsus utéro-vaginal. *Congrès français de Chirurgie*, 1896.
- RUGGI. — Sulla cura di alcuni sportamenti ut. In *Boll. delle scienze med. della soc. med. chir. di Bologna*, 1888.
- SCHWARTZ et MATHIEU. — Art. Prolapsus. In *Précis de path. ext.*, t. III, Paris, 1915.
- SCHRODER et HOFMEIER. — Art. Prol. ut. In *Maladies des femmes*, traduction française Lauwers, Bruxelles, 1899.

- SAVARIAUD. — L'opération de Müller pour prolapsus, ou colpectomie totale avec conservation de l'utérus. In *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, nov. 1906.
- Id. — Opération de Müller pour prolapsus. *Communic. à la Soc. anatom. de Paris*, janvier 1906.
- Id. — Opération de Müller combinée à la périnéorrhaphie. *Communicat. à la Soc. de chirurgie*, séance du 25 juin 1919.
- Id. — Colpectomie ou Hystérectomie ? Discussion. In *Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chir.*, n° 16, 11 mai 1920.
- SIELSKI. — Das Wesentliche der thure Brandtschen Behandlungsmethode der uterus-prolapsus. In *Zeutral für Gynæk.*, 1889.
- STROGNEWSKI. — Beitrag zur Behandlungsmethode des uterus-prolapsus. In *Zeutral für Gynæk.*, 1889.
- TÉMOIN. — Contribution à l'étude du prol. gén. Thèse de Paris, 1889.
- V. TRÉLAT. — Leçons sur les prolapsus des organes gén. de la femme. In *Annales de Gynécol.*, mai 1888.
- O. TERRILLON. — L'hystérectomie vaginale totale comme traitement du prolapsus. In *Leçons de clinique chir.*, Paris, 1899.
- Id. — Sur un procédé de trait. du prol. par la colporraphie multipliée. In *Bulletin de Thérap.*, 1896.
- TAFT. — Le Fort's operat. for complete prociid. of the uterus. In *Am. Journ. of med. Science*, 1889.
- T. TUFFIER. — Cystopexie abdominale. In *Annales de Gyn. et d'Obstétr.*, 1890.
- VULLIET et LUTAUD. — Art. Prolapsus. In *Leçons de Gynécol. opérat.*, 2^e édit., Paris, 1890.
- VIOLET et BONNET. — Contribut. à l'anat. path. de la cystocèle vag. In *Lyon chirurgical*, 1910.
- WERTHEIM. — Beit. zur ut prolapse. *Zeutral für Gynæk.*, 1899.
- WEIT. — Prol. of the ut. In *Diseases of Women*, London, 1858.
- WORMSER. — Die Kolpectomie für Prol. op. In *Mon. f. Geb. und Gynæk.*, 1898.
- Id. — Die Kolpectomie zür bericht des Prol. alterer frauen. In *Ginecologia elvetica*, 1898.
- ZOLONITSKY. — Hystérectomie vag. contre les Prolapsus génitaux. In *Thèse de Paris*, 1894.
- R. PROUST. — Opération de Müller. In *Précis de technique opératoire des Prosciteurs de la Faculté de Paris*.
- VIGNARD. — Une opération bénigne et efficace contre le prolapsus total des vieilles femmes : la colpectomie par le procédé de Müller. In *Gazette médicale du Nord*, juin 1908.

Imprimerie de " *L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE* "

7, rue de Valois, Paris.

